Path.
1155 Yc

Scholz

<36612033100016

<36612033100016

Bayer. Staatsbibliothek

Lehrbuch

der

IRRENHEILKUNDE.

Für

Aerzte und Studirende

von

Dr. Friedrich Scholz
Direktor der Krankenanstalt und des St. Jürgenasyls
für Geistes- und Nervenkranke zu Bremen.

Mit fünfundzwanzig Tafeln.

Eduard Heinrich Mayer.
(Einhorn & Jäger.)
Verlagsbuchhandlung
16 Rossplatz, Leipzig.
1892.

Alle Rechte vorbehalten.

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

Vorrede.

Das vorliegende Lehrbuch ist eine Erweiterung meines im Jahre 1889 in demselben Verlage erschienenen Handbuches der Irrenheilkunde, und zwar hauptsächlich der die Phänomenologie des Irreseins umfassenden Kapp. 11—21 desselben. Eine grössere Reihe Krankenschilderungen ist bestimmt, das Verständniss des lehrhaft vorgetragenen Textes zu erleichtern. Statt der anspruchsvolleren Bezeichnung Krankengeschichten haben sie die Namen „Krankenskizzen" und „Krankenvorstellungen" erhalten, ersteren, insofern sie sich bemühen, unter Ausscheidung von Nebensächlichem nur die bezeichnenden Züge zu bringen, und letzteren, insofern die Kranken selbst in Bildern vor uns auftreten. Der Verfasser hofft, dass die Porträts dem Verständniss wesentlich zu Hülfe kommen werden. Denn mehr als seitenlange Beschreibungen lehrt oft ein Blick auf den Kranken selbst, namentlich in den auch physiognomisch so charakteristischen Formen des affektiven Irreseins, der akuten Verworrenheit, der Paralyse und der hallucinatorischen Paranoia. — Die Genehmigung zur Benutzung der Bilder ist mir in dankenswerther Weise von den Angehörigen der Kranken, in einzelnen Fällen auch von den inzwischen Genesenen selbst bereitwillig ertheilt worden.

Das Lehrbuch soll, wie schon das Handbuch, Kürze mit Vollständigkeit verbinden. Darum ist auch hier alle Spekulation nach Möglichkeit ausgeschieden und nur Thatsächliches gebracht worden. In dieser Form ist das Lehrbuch sowohl für Studierende und Aerzte überhaupt, als im Besonderen auch für Solche bestimmt, die die Irrenheilkunde zu ihrem Specialstudium erwählt haben. Man möge dabei nicht übersehen, dass kein Buch Alles bringen kann und dass jeder Autor durch den anderen ergänzt wird.

Ich erfülle die angenehme Pflicht, meinen Assistenten, den Herren Dr. Lobert, jetzt praktischer Arzt in Marköbel, Dr. Helbing und Dr. Schotte in Bremen, für ihre Unterstützung bei Anfertigung der Photographieen meinen Dank zu sagen. Durch den Eifer und die Geduld, mit der sie sich der keineswegs leichten Arbeit unterzogen, haben sie zum Gelingen des Werkes wesentlich beigetragen.

Auch den Herren Verlegern sage ich für die Bereitwilligkeit, mit der sie allen Wünschen des Verfassers bezüglich der Ausstattung entgegengekommen sind, meinen Dank.

Bremen, September 1892.

Der Verfasser.

Einleitung.

Geisteskrankheiten sind solche Krankheiten, welche sich hauptsächlich auf geistigem Gebiete, oder, wie man sich auch ausdrückt, auf dem Gebiete des Seelenlebens abspielen. Nach einem der häufigsten und hervortretendsten Symptome, nämlich dem Irrereden, bezeichnet man die Geisteskrankheit auch als Irresein, die Kranken als Irre. Auch bedient man sich der Bezeichnung Psychose für geistige Abnormität überhaupt.

Niemals erkrankt der Geist allein für sich, sondern stets sind mit geistigen Erkrankungen auch körperliche Störungen verbunden. Nicht selten treten sie als Complikationen zur Geisteskrankheit hinzu, den Verlauf derselben beeinflussend oder von ihm beeinflusst. Am häufigsten aber sind sie als direkte oder indirekte Ursache der Geisteskrankheit anzusehen. Körper und Geist sind im Menschen so untrennbar mit einander verbunden und ersterer so sehr die Voraussetzung des letzteren, dass man sich auch Geisteskrankheiten nicht wohl anders, als körperlich vermittelt vorstellen kann. Grundlage aller seelischen Vorgänge im Körper aber ist das Gehirn, das Vorderhirn überdies das Organ bewussten Seelenlebens. Deswegen hat man den Satz ausgesprochen: Geisteskranke sind Gehirnkranke. Man will damit keine Identität ausdrücken, denn umkehren lässt sich der Satz nicht. Vielmehr will man damit nur sagen, dass keine Geisteskrankheit entstehen könne, die nicht irgend eine krankhafte Veränderung des Gehirns, sei es in seinem feineren Bau oder in seiner Ernährung, zur Voraussetzung hätte. Nicht jedesmal übrigens hat man sich dabei das Gehirn als das ursprünglich erkrankte Organ zu denken. Vielmehr kann die Ursache in einem entfernteren Körpertheile liegen und das Gehirn erst nachträglich z. B. durch Ernährungsstörungen in Mitleidenschaft gezogen worden sein, — so bei Erkrankungen des Herzens und des Gefässsystems oder bei chronischen Verdauungsstörungen, durch welche Ernährung und Blutbildung beeinträchtigt wurden. Jedenfalls steht soviel fest: Irre sind Kranke, nicht blos in irgend einem bildlich gemeinten, sondern im buchstäblichen anatomisch-klinischen Sinne.

Wenn oben gesagt wurde, dass Geisteskrankheit immer irgend eine Abnormität des Gehirns zur Voraussetzung habe, so ist dies doch nicht so zu verstehen, als wenn einem bestimmten krankhaften Zustande des letzteren nun auch jedesmal eine bestimmte Form der

Geisteskrankheit entspräche. Hierin verhalten sich Geisteskrankheiten vielmehr ganz anders, als körperliche Krankheiten. Finden wir z. B. bei einem körperlich Kranken hohes Fieber nach vorausgegangenem Schüttelfrost, Dämpfung des Percussionsschalles über einer gewissen Lungenparthie nebst bronchialem Athmen, rostbraunen Auswurf u. s. w., so wissen wir genau, dass diesen äusseren Symptomen ein pathologisch-anatomischer Zustand der Lunge entspricht, den wir als croupöse Pneumonie bezeichnen. Oder bei einem Typhuskranken schliessen wir gleichfalls aus dem Fieberverlaufe, der Milzanschwellung, den charakteristischen Stuhlgängen, den Roseolaflecken der Haut mit eben solcher Sicherheit auf das Vorhandensein gewisser krankhafter Veränderungen in den Peyer'schen Drüsen des Dünndarms und in den Mesenterialdrüsen.

Zwischen Geisteskrankheit und Gehirnbefund aber wird ein solcher Parallelismus meist vermisst, denn sehr verschiedene Formen pflegen auf dem Sektionstische doch scheinbar ganz gleichen Gehirnbefund zu ergeben. So kommt z. B. seröse oder eiterige Leptomeningitis sowohl bei ganz frischen Fällen von Melancholie oder Tobsucht, als auch bei veraltetem Wahnsinn und bei Paralyse vor. Oder umgekehrt: dieselbe klinische Form giebt differente Sektionsresultate. So kann man z. B. bei Kranken, die an akuter Tobsucht zu Grunde gegangen sind, einmal eiterige Meningitis, ein anderes Mal seröse Leptomeningitis, ein drittes Mal nur Blutüberfüllung der Pia-Gefässe und der Gehirnsubstanz finden.

Allerdings giebt es Fälle von Geisteskrankheit, bei denen man mit Sicherheit einen bestimmten pathologisch-anatomischen Befund erwarten darf. Dies sind die eigentlichen Cerebropathieen, z. B. Tumoren des Gehirns. Aber obgleich hier gegen die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Gehirnleiden und Geisteskrankheit gewiss nichts Stichhaltiges einzuwenden ist, muss man sich doch zugleich vergegenwärtigen, dass ersteres überhaupt nicht aus den klinischen Erscheinungsformen der letzteren, sondern lediglich aus den bekannten körperlichen Symptomen diagnosticirt wird. Ueberdies lehrt ja auch die Erfahrung, dass es Fälle von Gehirnleiden genug giebt, die ganz ohne Geisteskrankheit verlaufen.

Nur mitunter entspricht dem klinischen Bilde ein bestimmter pathologisch-anatomischer Befund, z. B. in den mit rascher Verblödung und Verfall einhergehenden Fällen von Paralyse, wo man neben leptomeningitischen Ablagerungen jedesmal auch einen Schwund der grauen Masse des Vorderhirns erwarten darf.

Diese mangelnde Congruenz zwischen klinischen Symptomen und pathologisch-anatomischem Befunde ist zwar die Regel, aber, wie schon

die Ausnahmen erweisen, kein Gesetz. Vielmehr müssen wir annehmen, dass in Wirklichkeit eine solche Congruenz existirt, und dass es sonach nur unsere mangelhaften Kenntnisse von dem feineren Bau des Gehirns u. s. w. verschulden, wenn sie uns in den meisten Fällen noch verborgen bleibt. Sie mehr und mehr aufzudecken, ist darum ein Hauptziel der modernen Psychiatrie geworden.

Uebrigens sind auch keineswegs immer greifbare pathologisch-anatomische Gewebsveränderungen vorauszusetzen; sondern sehr häufig erstrecken sich die krankhaften Vorgänge augenscheinlich nur auf mehr oder minder rasch vorübergehende Störungen des Säfteumlaufes in den Blut- und Lymphbahnen. Einen Beweis dafür liefert die Thatsache, dass solide anatomisch-pathologische Befunde überhaupt nur in den Endstadien chronischer Psychosen, dagegen nicht in den Anfangsstadien gefunden zu werden pflegen. Bei letzteren beschränkt sich der makroskopische Befund (und nur von einem solchen kann annoch die Rede sein) auf Hyperämie oder Anämie der Hirnsubstanz und Hirnhäute. Da die Blutzirkulation und -vertheilung aber zum grössten Theil von dem vasomotorischen System abhängt, so geht daraus zugleich die grosse Wichtigkeit dieses letzteren für die gesammte Hirnthätigkeit, für das Geistes- und Gemüthsleben und in weiterer Folge für das Zustandekommen von Geisteskrankheiten hervor. Wie die Elemente des centralen Nervensystems die unentbehrliche Grundlage, so ist das vasomotorische System der grosse Regulator unseres Geisteslebens. Von dem Grade seiner Reizbarkeit, seines Tief- oder Hochstandes hängen Gesundheit und Krankheit, hängen geistige Leistungsfähigkeit, Besonnenheit und Selbstbeherrschung, diese drei grossen Zeugen eines harmonischen Seelenlebens, vor allem ab. Was wir unter individueller Disposition verstehen, bedeutet hauptsächlich den Zustand unseres vasomotorischen Systems.

Wenn das Vorderhirn das Organ des bewussten Seelenlebens darstellt, so müssen wir dasselbe begreiflicherweise auch als Sitz der geistigen Erkrankungen ansehen. Hiermit soll, wie nochmals wiederholt werden mag, natürlich nicht gesagt werden, dass nur das Vorderhirn oder gar nur ein Theil desselben erkrankt, alles Uebrige aber unberührt sei. Vielmehr ist damit nur gemeint, dass das Vorderhirn jedesmal in Mitleidenschaft gezogen ist, oder was dasselbe sagen will, dass man sich Geisteskrankheit ohne ein erkranktes Vorderhirn nicht vorzustellen vermag. Wenn wir ferner gesehen haben, dass mindestens bei frischen Erkrankungen die Anomalien der Säftevertheilung durch das vasomotorische System eine Hauptrolle spielen, und wir uns dieselben nothwendiger Weise nicht als engbegrenzt, sondern auf einen weiteren Bezirk sich erstreckend denken müssen,

und endlich — wenn wir anzunehmen Ursache haben, dass auch solide, einen engeren Bezirk belastende Gewebserkrankungen, wie sie vornehmlich bei älteren, chronischen Irreseinsfällen vorkommen, nur dann regelmässig Geisteskrankheit zuwege bringen, wenn sie auf weitere Kreise der Rinde ausstrahlen, — so muss man das Irresein als eine diffuse Ernährungs- oder Entartungs-Erkrankung der Vorderhirnrinde definiren.

Bei körperlichen Krankheiten sind Form und Verlauf unabhängig von der Qualität der Ursache. Wenigstens haben wir keine Veranlassung anzunehmen, dass z. B. bei einer Lungenentzündung der Verlauf sich so oder anders gestalten müsse, je nachdem als Ursache entweder eine Infektion oder eine Erkältung eingewirkt hätte. Bei Geisteskrankheiten aber ist Form und Verlauf oft wesentlich von der Ursache abhängig. Wir unterscheiden z. B. ein alkoholistisches, ein luetisches, ein epileptisches Delirium u. s. w., und mit diesen Ausdrücken wollen wir nicht blos einen ursächlichen Zusammenhang, sondern nicht weniger auch die Verschiedenheit klinischer Form bezeichnen. Die Kenntniss der Ursache hilft hier die Diagnose stellen.

Auch die gesammte geistige und körperliche Individualität spielt eine grosse Rolle. Schon bei körperlichen Krankheiten macht es mit Bezug auf Form und Verlauf einen grossen Unterschied, ob sie eine von Haus aus kräftige Natur oder einen geschwächten Körper treffen. Aber noch viel wichtiger sind diese Verhältnisse bei der Entstehung von Geisteskrankheiten. Denn nicht blos erweist sich ein von Haus aus oder durch Krankheit geschwächtes Gehirn viel widerstandsloser und anfälliger, sondern auch die Schwere, ja selbst die Form der Erkrankung ist davon abhängig.

So erzeugt die gleiche Ursache, z. B. der Schreck bei einem Eisenbahnunfall, bei dem Einen nur leichte, nervöse Aufregung, bei dem Andern, minder Widerstandsfähigen, aber Verworrenheit mit Tobsucht.

Nicht minder kommen hierbei die äusseren Lebensverhältnisse, das Vorleben, die Erziehung, die Neigungen und Gewohnheiten in Betracht. Endlich aber, und dies ist das Wichtigste, werden Charakter und Verlauf der Geisteskrankheit viel mehr, als dies je bei körperlichen Krankheiten der Fall ist, dadurch bestimmt, ob Erblichkeit vorliegt oder nicht.

Krankheit, im Allgemeinen gesprochen, ist keine Wesenheit an sich, sondern stellt nur einen Lebensvorgang unter veränderten Bedingungen vor. So begegnen uns auch bei den Elementen des Irreseins fortwährend Analogien mit dem gesunden Seelenleben. Schon die krankhaften Affekte bieten an sich Nichts von den Aeusserungen ge-

sunden Seelenlebens Verschiedenes dar. Angst, traurige oder heiter erhobene Stimmung kommen als normale Reaktionen auf entsprechende Seelenreize auch beim gesunden Menschen vor. Um sie im gegebenen Falle als krankhaft zu erkennen, darf man nicht allein die Art und Weise, wie sie sich geben, z. B. die übermässige Höhe des Affekts, in Betracht ziehen. Denn in dieser Beziehung brauchen sie sich gar nicht nothwendig von gesunden Affekten zu unterscheiden, obgleich es allerdings ja oft genug der Fall ist. Sondern man muss nach den Begleiterscheinungen und der zureichenden Ursache suchen. Treten z. B. bei einem heiteren Affekt Grössenideen auf, oder steht er in schreiendem Widerspruch mit der äusseren Lage, so sind damit die Merkmale krankhafter Begründung gegeben. Oder der weitere Verlauf ist massgebend. So kann beispielsweise von zwei Müttern, die um den Tod ihrer Kinder trauern und die anfänglich den gleich traurigen Affekt darboten, die eine mit der Zeit den Affekt überwinden, während sich bei der zweiten nach wenigen Monaten Wahnideen der eigenen Verschuldung und Versündigung einstellen. Hier darf man annehmen, dass schon der ursprüngliche Affekt, so wohlbegründet er auch erscheinen mochte, krankhafter Natur gewesen war, und forscht man alsdann weiter nach, so wird man entweder in den vorhanden gewesenen Begleiterscheinungen, z. B. schweren Ernährungsstörungen, oder in erblicher Belastung oder in sonstigen veranlagenden Ursachen unschwer den Beweis für solche Annahme finden können.

Sehr wichtige Anhaltspunkte gewährt immer ein gleichzeitig vorhandenes körperliches Leiden, z. B. Neuralgie oder hartnäckiger Magenkatarrh oder Anämie und dergl. Wenn aber auch ein solches fehlt, muss man den krankhaften psychischen Affekt doch immer als organisch, d. h. krankhaft begründet ansehen. Und wie mit Affekten, so verhält es sich auch mit allen übrigen Aeusserungen erkrankten Seelenlebens, mit Wahnideen, Irrereden, Irrehandeln u. s. w. Von Urtheilen und Handlungen gesunder Menschen unterscheiden sie sich nicht allein durch ihren Inhalt, was übrigens gar nicht immer der Fall zu sein braucht, sondern wesentlich durch ihre pathologische Begründung. Darum empfinden, reden, urtheilen, handeln solche Kranke verkehrt, weil sie es thun müssen, weil sie unter einem pathologischen Zwange stehen, der unwiderstehlich ist, und der sich selbst da, wo sich ihm noch richtige Einsicht und gesundes Urtheil entgegen stellen, alle Hindernisse hinwegräumend, Geltung verschafft. Auch hier fehlen übrigens die Analogien mit dem alltäglichen, noch in die Breite der Gesundheit fallenden, Leben nicht. Denn in welchem Maasse die Seele von körperlichen Zuständen abhängt, lehrt uns nicht blos das Fieberdelirium, sondern schon die leise Verstimmung und verminderte

Leistungsfähigkeit, welche uns bei vorübergehendem Unwohlsein oder nach einer schlaflosen Nacht beschleichen und sich erst nach Beruhigung des gestörten Blut- und Nervenlebens zu verlieren pflegen.

Noch andere Analogien mit dem gesunden Leben bietet das Irresein dar. Wir finden sie vornehmlich im Rausche und im Traume. Der Rausch, freilich an sich kein „gesunder", aber doch bei sonst geistig Gesunden häufig vorkommender Zustand, ist geradezu eine akute Vergiftungspsychose, mit allen regelrechten Phasen einer typischen Geisteskrankheit, zu nennen. Er beginnt, wie diese, mit einem heiteren, maniakalischen Vorspiele, während dessen der Ablauf der geistigen Thätigkeiten erleichtert, die Leistungsfähigkeit gesteigert, das Kraftgefühl gehoben sind. Doch bald bereitet sich unter Steigerung des Affektes eine Wendung zum Schlimmeren vor. Die Heiterkeit wird zur Zügellosigkeit, das laute und viele Sprechen zum Lärmen und Toben. Das Gefühl für das Schickliche und was man seiner Person und den Umständen schuldet, verflüchtigt sich. Sinnestäuschungen stellen sich ein. Schliesslich gehen Wahrnehmen und Urtheilen immer mehr verloren, das geistige Leben erlischt ganz, auch die Muskeln erschlaffen und der Berauschte liegt regungslos da. Der ganze Vorgang gleicht auf ein Haar dem allmählichen Verfalle bei einer schweren idiopathischen Gehirnkrankheit. Er ist sozusagen eine kondensirte, fortschreitende Paralyse.

Zwischen Traum und Irresein wechseln vielfache Beziehungen hin und her. Nicht blos, dass Wahnideen gar nicht selten aus Träumen entstehen, ähneln sie solchen auch in einem sehr wichtigen Punkte, nämlich in der Allegorisirung der Vorstellungen. Der Traum stellt immer eine Allegorisirung dar, entweder von im Schlafe gehabten Sinneseindrücken oder von Erinnerungsbildern früher gemachter Wahrnehmungen. So erweckt z. B. das Kältegefühl in einem während des Schlafes blossliegenden Körpertheile den Traum des Unbekleidetseins, oder ein Furunkel den eines Schlangenbisses, oder das Geräusch einer zufallenden Thür, falls es nicht so stark ist, um den Schläfer zu erwecken, die Vorstellung eines Kanonenschusses. Ganz ähnliches finden wir nun bei einer gewissen Klasse von Irrsinnigen, welche auch im Wachen Gefühlsstörungen in derselben Weise allegorisiren und zu bleibenden Wahnideen umarbeiten. So wird z. B. die Wahnidee, Glasfüsse zu besitzen, aus einer Anästhesie oder Parästhesie in den Hautnerven der Unterextremitäten abgeleitet. Und ebenso unfähig, wie der Träumende, ist auch der Irrsinnige, seine Wahnvorstellungen zu korrigiren. Beim Träumenden erklärt es sich daher, dass im Schlafe gewisse Elemente des wachen Seelenlebens, namentlich Kritik und Urtheil, ausgeschaltet sind, — beim Irrsinnigen zum Theil allerdings

auch aus einer gewissen Urtheilsschwäche, hauptsächlich aber, weil die allegorisirten Sinneseindrücke nicht wie beim Träumenden rasch vorübergehen, oder beim Erwachen kritisch richtig gestellt werden, sondern weil sie durch ihr festes Beharren den Nebel sensorieller Täuschung undurchdringlich machen und so schliesslich als wirkliche Sinneseindrücke imponiren. — Da es aber der unangenehmen Sinneseindrücke mehr giebt als der angenehmen, so erklärt es sich zu gleicher Zeit, warum sowohl finstere Träume wie bedrückende Wahnideen vor den beglückenden die Oberhand haben.

Aus den Elementen des Fühlens und Empfindens, des Vorstellens und Urtheilens, des Strebens und Handelns setzt sich die gesammte Seelenthätigkeit des Menschen zusammen. Auch die Geisteskrankheiten kann man psychologisch zweckmässig in Krankheiten des Fühlens, Vorstellens und Handelns eintheilen. Ebenso nun, wie auch im gesunden Seelenleben die genannten Grundkräfte meist gemeinsam in Thätigkeit sind, so zwar, dass Empfinden nicht ohne Vorstellen, dieses nicht ohne Urtheilen und beides nicht ohne Begehren und Handeln bleibt, so pflegen sie auch gemeinsam zu erkranken. Die Erkrankung des einen Gebietes zieht die des anderen nach sich. So hat z. B. krankhaftes Empfinden in der Melancholie oder Manie auch krankhafte Vorstellungen vom eigenen Ich, dieses falsche Beurtheilung äusserer Dinge und beides wieder verkehrte Strebungen und Handlungen zur Folge. Allerdings ist gewöhnlich das eine Gebiet mehr wie die andern betroffen, und je nachdem gewinnt die jeweilige Krankheit auch ihr besonderes Gesicht. Auch darf man nicht glauben dass der Geisteskranke jedesmal in allen Stücken Verkehrtheiten zeigen müsse, dass der Melancholiker unverständige Reden führen, der Wahnsinnige durchaus toben müsse. Nicht-Sachverständigen, wie Richtern, Staatsanwälten, Geistlichen u. s. w. fällt es immer dann am schwersten, an eine Geisteskrankheit zu glauben, wenn die Intelligenz anscheinend ungestört geblieben, d. h. wenn der Kranke keinen Unsinn schwatzt und seine Handlungen sogar mit Gründen und einem gewissen Aufwand von Schlauheit zu motiviren versteht. Dem Sachverständigen aber wird es auch alsdann nicht schwer fallen, die trotz anscheinend gesunden Urtheilsvermögens in der Tiefe des Vorstellungslebens schlummernden Verkehrtheiten zu erkennen, oder den Beweis der Geisteskrankheit auf anderen Gebieten zu führen.

Schon aus diesen letzten Erwägungen geht zum Teil die grosse Wichtigkeit der Psychiatrie, nicht blos für den Einzelnen als Heilwissenschaft, sondern auch für die Gesellschaft als Socialwissenschaft hervor. Mit der Rechtspflege hat keine andere Wissenschaft einen so intimen Zusammenhang wie die Psychiatrie. Im Strafrecht stellt die

Frage nach der Zurechnungsfähigkeit, mag sie nun direkt oder indirekt gestellt werden, im Civilrecht die nach der Dispositionsfähigkeit oder auch in Unfallssachen die nach der Berechtigung der erhobenen Ansprüche dem begutachtenden Arzte die höchsten und schwierigsten Aufgaben. Auf dem Verwaltungsgebiete ist die staatliche oder kommunale Fürsorge für die Unterbringung der heilbaren Geisteskranken, sowie namentlich der grossen Zahl der unheilbaren, gemeingefährlichen, lästigen oder störenden Irren eines der wichtigsten Erfordernisse. Ja, auch die hohe Politik kann in Frage kommen, wenn gekrönte Häupter selbst bezüglich ihrer Regierungsfähigkeit zu begutachten sind. In allen diesen Dingen können auch Aerzte, die nicht psychiatrische Fachärzte sind, sehr leicht in die Lage kommen, ein Gutachten abgeben zu müssen.

Endlich aber ist der Besitz psychiatrischer Kenntnisse für den Arzt auch in Bezug auf seine gewöhnliche Praxis von hohem Werthe. Denn das häufige Vorkommen geistiger Erkrankungen nöthigt ihn oft zu rascher Entscheidung. Er muss den Zustand seines Kranken richtig erkennen und ohne Säumen den Entschluss fassen, wie zu helfen und etwaiger Gefahr auch für Andere vorzubeugen, welches Heilmittel zu reichen, ob der Kranke im Hause verbleiben dürfe oder sofort in eine Anstalt zu verbringen sei u. s. w. Hier hängen oft von rascher, sachgemässer Entscheidung, die nicht immer bis zur Ankunft eines psychiatrischen Facharztes ausgesetzt werden darf, Vermögen, Leben und Ehre ab.

Auch in nicht eigentlich zu diesem Gebiet gehörigen Fällen sind dem praktischen Arzte psychiatrische Kenntnisse von hohem Nutzen, ja unentbehrlich. Namentlich die Neurologie ist so verwachsen mit der Psychiatrie, dass sich beide Gebiete schon nicht mehr trennen lassen. Die so vielgestaltigen, auch psychisch gefärbten Bilder der Neurasthenie und Hysterie lassen sich ohne psychiatrische Kenntnisse oft gar nicht deuten. —

Schliesslich kommt noch ein sehr wichtiger Punkt dazu. Mehr noch wie in körperlichen Krankheiten kommt in geistigen die Individualität des Kranken zur Geltung. Nicht mit einem erkrankten Organ, sondern mit einer erkrankten Persönlichkeit, diesen Begriff so umfassend wie möglich genommen, hat es der Arzt in erster Reihe zu thun. Hier tritt der Arzt dem Kranken näher, hier schärft sich sein Blick für Besonderheiten, die in keinem Lehrbuche erwähnt sind, aber doch ganz allein dem Falle sein eigenthümliches Gepräge aufdrücken. Hier lernt der Arzt die wahrhaft esoterische Kunst des Individualisirens.

Erster Abschnitt.

Die psychischen Elementarstörungen.

Erstes Kapitel.

Die Elementarstörungen auf dem Gebiete des Empfindens. Die krankhaften Affekte.

Unser Allgemeingefühl wird bedingt durch die Summe der auf uns einwirkenden körperlichen und seelischen Reize. Der äussere Ausdruck desselben ist die Stimmung. Auf relativ stärkere Reize antwortet das Allgemeingefühl durch Gemüthsbewegungen oder Affekte. Letzteren sind stets Elemente des Strebens und Handelns beigemischt.

Affekte sind normale und nothwendige Bestandtheile des menschlichen Seelenlebens. Ohne Affekte würde der Mensch nicht Mensch sein.

In doppelter Beziehung kann sich das Gemüthsleben erkrankt zeigen, — erstlich in der Art und Weise, wie Gemüthsbewegungen zu Stande kommen, d. h. welche Reizhöhe erforderlich ist, um sie zu erzeugen, — und zweitens dem Inhalte nach. Auf diese beiden Punkte. hat sich auch die Diagnose bei Gemüthserkrankungen zu richten.

In Bezug auf die Reizempfänglichkeit unterscheiden wir wieder zweierlei: nämlich abnorm gesteigerte und abnorm verminderte Gemüthserregbarkeit.

1. Die abnorm gesteigerte Reizempfänglichkeit. Da die Erregbarkeit der einzelnen Menschen natürlich unendlich verschieden ist, so finden wir schon im gewöhnlichen Leben die mannigfaltigsten Abstufungen. Gesteigerte Reizempfänglichkeit ist an sich natürlich noch kein Zeichen einer Krankheit, sondern zunächst nur Charaktereigenthümlichkeit, aber freilich eine solche, die leicht zu Geisteskrankheiten führt. Es giebt Menschen, deren Allgemeingefühl auf den geringsten Reiz antwortet, deren Stimmung deshalb häufigem Wechsel unterliegt (launische Menschen). Ist dabei das Selbstgefühl habituell herabgesetzt, so genügt der geringste Reiz, möge er nun von der

Aussenwelt oder aus dem eigenen Körper kommen, um schmerzliche Gefühle zu erwecken. Ja, selbst Vorstellungen mit an sich heiterem Inhalte bsschwören alsdann gegentheilige hervor. Solche Menschen geberden sich wehleidig, überempfindlich, verlangen stete Berücksichtigung und zeigen oder heucheln Welt- und Lebensüberdruss. Oft bleibt die schmerzliche Verstimmung längere Zeit bestehen, und nimmt eine mehr wie gewöhnliche affektive Höhe an. Solchen Kranken begegnet man dann wohl in Irrenanstalten, wo sie unter der Diagnose Melancholie Aufnahme finden.

Bei Anderen zeigt sich die gesteigerte Reizbarkeit nicht sowohl in habituellem Schmerzgefühle, als in der Neigung, sich allzuleicht aus dem Gleichmuth der Stimmung werfen zu lassen und kleineren vorübergehenden Affekten zu unterliegen. Hierzu sind die Ueberraschungsaffekte zu zählen, die sich als Verlegenheit, Beschämung, leichte Schreckbarkeit zeigen, — vor Allem aber die sogenannten Erwartungsaffekte. Wie es Menschen giebt, die einem grossen Unglücke, wenn es geschehen ist, gefasster gegenüberstehen, als einem kleinen, das noch erwartet wird, so giebt es auch sehr Viele, die an sich gleichgiltigen oder wenigstens unwesentlichen Dingen, z. B. einer Einladung, einem Briefe, mit peinlicher Spannung entgegensehen. Man begreift solche und ähnliche Zustände, die sich wohl häufiger finden, als man glaubt, neuerdings unter der Allgemeinbezeichnung der reizbaren Schwäche.

In Geisteskrankheiten sind solche Erscheinungen sehr häufig zu finden.

Viel seltener ist das Selbstgefühl habituell erhoben, sodass entsprechende Reize sofort Lustaffekte erregen. Es kommt fast nur bei bereits ausgebildeter Geisteskrankheit vor.

Eine mittlere Stellung nimmt die zornige Erregbarkeit ein. Denn der Zorn kennzeichnet sich durch Unlustgefühle bei erhöhtem Selbstgefühl. Wir werden noch einmal auf ihn zurückkommen.

2. Die abnorm verminderte Reizempfänglichkeit, auch Gemüthsstumpfheit genannt, kommt physiologisch vorübergehend bei einem Uebermass einwirkender Reize vor. Gehäufte Schicksalsschläge erzeugen vorübergehend Gleichgiltigkeit, gehäufte Lusterregungen Blasirtheit. Auch die Gemüthsstumpfheit ist, wie die krankhaft erhöhte Erregbarkeit, ein ungemein häufiges Symptom in fast allen Formen von Geisteskrankheit.

Dem Inhalte nach unterscheiden wir Depressionsaffekte und Exaltationsaffekte.

Unter den Depressionsaffekten unterscheiden wir: a. die Angst und b. schmerzliche Verstimmung (Melancholie).

A. Die Angst.

Angst, durch hinreichende äussere Ursache begründet, ist ein normaler Affekt der menschlichen Seele. Als krankhaft ist sie zu bezeichnen, wenn sie durch körperliche Leiden, z. B. Herzfehler, hervorgerufen ist, oder wenn sie (scheinbar) ganz ohne Ursache auftritt, oder wenn der Affekt eine Höhe erreicht, dass Besinnung und Selbstbeherrschung verloren gehen, oder endlich, wenn er von unverhältnissmässig langer Dauer ist.

Als körperliche Ursachen sind in erster Reihe Kreislaufs- und Athmungsstörungen zu bezeichnen, auch abnorme Innervationen der Herz- und Eingeweidenerven, wie bei dem bekannten Bilde der angina pectoris, — alsdann vasomotorische Störungen, z. B. als Vorboten des epileptischen Anfalles oder einer Gehirnblutung. Auch Vergiftungen erzeugen Angstgefühle, z. B. akute Nikotinvergiftung und das Gift der Hundswuth, — endlich auch diffuse Hirnentzündung mit Ernährungsstörungen der Hirnrinde.

Angst ist häufig mit örtlichen Empfindungen verbunden und scheint alsdann von gewissen Körperstellen, am häufigsten von der Herzgrube auszustrahlen. Man hat deshalb auch den „Sitz" der Angst dorthin verlegt und ihr den Namen „Präcordialangst" gegeben. Keinesfalls aber hat man ihn dort, sondern im Hirn selbst zu suchen. Die Vorstellungsganglien des Vorderhirn percipiren den ihnen peripherisch vermittelten Reiz als Angst und projiciren ihn nach Aussen, ebenso wie den Schmerz, der ebenfalls nur eine Vorstellung, d. h. eine Funktion des Gehirns, aber nicht des schmerzenden Theiles ist.

Die körperlichen Begleiterscheinungen im typischen Anfall sind gekennzeichnet durch Abschwächung der Innervation, Gefässverengerung mit darauf folgender Erweiterung, Spasmus und nachfolgender Parese der unwillkürlichen Muskeln. Es sind also zwei Stadien zu unterscheiden. Im ersten Stadium zeigt der Kranke Blässe und Kühle der Haut, verlangsamtes coupirtes oder rasches oberflächliches Athmen, verbunden mit Tonlosigkeit der Stimme, starre Haltung, gespannte Miene, ängstlichen Blick. Im zweiten Stadium zeigt sich schlaffe Haltung entspannte Miene, Schweisausbruch (Angstschweiss), die Herrschaft über die Sphincteren geht verloren. Dauert der Anfall lange Zeit, durch Wochen und Monate (s. u.), so gehen beide Stadien vielfach ineinander über, sodass bald die Erscheinungen der Spannung, bald die der Erschlaffung im Vordergrunde stehen.

Psychisch ist gleichfalls ein Zustand der Spannung vorherrschend. Die Vorstellung wird auf einen Punkt gebannt, sodass die Perception von Sinneswahrnehmungen geschwächt oder in schweren Fällen ganz

aufgehoben sein kann. Verlust des Bewusstseins ist gleichfalls nicht selten. Oder die Spannung des Vorstellungslebens löst sich in Ideenflucht auf, welche ihrerseits wieder Verwirrung zur Folge haben kann. Auf dem Gebiete des Wollens zeigen sich ungeordneter Bewegungsdrang und impulsive Handlungen mit der Tendenz, dem Zustande zu entfliehen, Selbstmordversuche u. dergl. Oder die auch auf dem motorischen Gebiete vorhandene Spannung verurtheilt den Kranken zu völliger Regungslosigkeit.

Angst ist eines der häufigsten Symptome des Irreseins, namentlich in den Vorbereitungsstadien. Zur selbstständigen klinischen Form erhebt sich der Affekt in der sogenannten Melancholia attonita (s. Kap. 12).

B. Der schmerzliche Affekt. Die Melancholie.

Den krankhaften schmerzlichen Affekt nennen wir Melancholie. Derselbe enthält zunächst seinem Inhalte nach nichts, was ihn von den schmerzlichen Affekten des gesunden Lebens unterschiede, ist aber doch dadurch wesentlich von diesen getrennt, dass keine äussere, sondern eine innere organische Veranlassung zu Grunde liegt. Man darf annehmen, dass letztere in Ernährungsstörungen des Gehirns, beziehungsweise der Rinde zu suchen ist.

Der Melancholie sind zwei Hauptmerkmale eigen: 1. das schmerzlich niedergedrückte Selbstgefühl und 2. die auf der Seele lastende Hemmung und infolge dieser das Unvermögen, sich durch eigene Kraft dem Zustand zu entziehen.

Das schmerzlich niedergedrückte Selbstgefühl ist ein allgemeines, nicht blos auf einen Gegenstand, der gerade Kummer macht, beschränktes. Die Seele empfindet überhaupt keinen andern Affekt mehr als Schmerz. Alle Reize, alle Berührungen mit der Aussenwelt erwecken und erhöhen nur die schmerzliche Verstimmung. Vorstellungen entgegengesetzten Inhalts werden unter dem Zwange der gedrückten Stimmung gar nicht erst aufgenommen oder bleiben nicht im Ideenkreise haften. Der Kranke reagirt entweder gar nicht darauf, oder weist sie unter Zeichen der Gereiztheit und des Widerspruches ab. Sein Bewusstseinsinhalt bleibt nur mit schmerzlichen und peinlichen Bildern gefüllt.

Die psychische Hemmung zeigt sich zunächst im Vorstellungsleben. Ideen- und Gedankenfluss verlaufen träge und einförmig, die Versetzung auf das motorische Gebiet ist gleichfalls verlangsamt Das Bewusstsein dieser Hemmung aber, der geistigen Oede und die dadurch bewirkte Vorstellung der Verdummung und Verblödung sind selbst wieder wichtige Quellen von Unlustgefühlen.

Erst in vorgerückteren Stadien der Krankheit lässt auch das psychische Schmerzgefühl nach, und Gleichgültigkeit zunächst gegen allgemeine, alsdann aber auch gegen persönliche und Familieninteressen tritt an die Stelle.

Die körperlichen Begleiterscheinungen der Melancholie sind, wie bei der Angst, gleichfalls Schwächungen der willkürlichen Innervation und Störungen im vasomotorischen Gebiete mit abwechselnder Gefässverengerung und -erweiterung, jedoch ohne gleichzeitigen Spasmus organischer Muskeln. Ueber die sonstigen körperlichen Begleiterscheinungen (s. Kap. 12).

Melancholie ist nicht nur ein wichtiges Element in sehr vielen Formen des Irreseins, sondern bildet auch eine eigene Krankheitsform und zwar eine der am häufigsten vorkommenden (s. Kap. 12).

C. Der heitere Affekt. Die Manie.

Manie ist der direkte Gegensatz von Melancholie. Das Selbstgefühl ist krankhaft gesteigert und Lustgefühle erfüllen die Seele. Auch hier ist, wie wohl kaum wiederholt zu werden braucht, die Veranlassung nicht in äusseren, sondern in inneren Bedingungen und zwar gleichfalls in Ernährungsstörungen des Gehirns zu suchen.

Wie die schmerzliche melancholische Verstimmung, so zeigt auch die heitere maniakalische zwei Hauptmerkmale:

1. krankhaft erhöhtes Selbstgefühl,
2. abnorme Leichtigkeit des Vonstattengehens der psychischen Vorgänge.

Das erhöhte Selbstgefühl äussert sich in den verschiedensten Abstufungen als Behagen, Kraft und Lustgefühl. Die Vorstellungswelt ist voll von heiteren Bildern. Wie dem Melancholiker Alles grau in grau gefärbt erscheint und ihm jeder äussere Eindruck zu einer neuen Quelle des Schmerzes wird, so sieht der Maniakalische Alles hell und farbenfreudig und die Wahrnehmung davon dient dazu, ihn noch höher zu stimmen.

Das geförderte Vonstattengehen der psychischen Thätigkeiten zeigt sich zunächst auf dem Gebiete des Vorstellungslebens als rasche Aneignung des sinnlich Wahrnehmbaren, ferner als beschleunigte Ideenverbindung, sogenannte Ideenflucht, als vorschnelles Urtheilen und Schliessen. Auf motorischem Gebiete ist vorzüglich die rasche Umsetzung der Vorstellung in Handlung bemerkenswerth. Dieser rasche Ablauf der psychischen Thätigkeiten erhöht dann seinerseits wieder das Kraft- und Selbstgefühl des Maniakalischen.

Als körperliche Begleiterscheinungen darf man Erhöhung der willkürlichen Innervation und Gefässerweiterung betrachten. Ueber die sonstigen körperlichen Begleiterscheinungen (s. Kap. 12).

Manie ist ebenfalls ein sehr wichtiges Element des Irrsinns. Aber als besondere Krankheitsform kommt sie viel seltener vor, als die Melancholie. Auch zeigt sie nicht das gleiche Beharrlichkeitsvermögen, sondern ist rascheren Umschlägen ausgesetzt. So stellt sie oft nur eine vorübergehende Periode im Verlauf einer längeren Krankheit dar.

D. Der Zorn.

Auch der zornige Affekt gehört zu den Elementen des Irreseins und tritt alsdann hauptsächlich in Begleitung des maniakalischen Affektes auf. Der Zorn ist ein gemischter Affekt. Von der Manie hat er das erhöhte Selbstgefühl, von der Melancholie das Unlustgefühl.

Seine körperlichen Grundlagen sind, wie bei der Manie, Erhöhung der willkürlichen Innervation und Gefässerweiterung, zu denen noch Coordinationsstörungen der Muskeln treten. Das Gefässsystem ist in mächtiger Aufregung, das Herz arbeitet stürmisch, das arterielle System füllt sich, in den Venen treten Stauungen ein. Durch die Erweiterung der kleinen peripheren Blutgefässe wird die Haut, namentlich im Gesicht, geröthet, die Conjunctiven sind injicirt. Die „Zornadern" an der Stirn schwellen an, ebenso an Hals und Händen. Auch der Bewegungsapparat ist in starker Spannung, die Glieder recken und strecken sich, der Affekt sucht sich durch an sich zwecklose und gewaltthätige Handlungen zu entladen. Der Zornige wüthet gegen seine Umgebung, zertrümmert die in seinem Bereiche befindlichen Gegenstände, vergreift sich an Personen, und sind keine zur Stelle, so legt er wohl auch Hand an sich selbst. Dabei ist die Herrschaft über die Muskeln zum Theil verloren gegangen, was uncoordinirte Bewegungen zur Folge hat. In den höchsten Graden des Affektes umnebelt sich das Bewusstsein, und Zustände sinnloser Wuth treten ein. Daher heisst es mit Recht: ira furor brevis est. Die gewaltige Aufregung des Gefässsystems hat auch auf die Sekretionen, welche zum Theil vermehrt werden, Einfluss. Namentlich ist die Speichelsekretion vermehrt, wobei allerdings dahin gestellt bleiben muss, in wie weit das sogenannte Wuthschäumen nicht von ungeordneter Action der Lippen-, Wangen- und Schlundmuskeln herrührt.

Was den Zorn vor den anderen Affekten auszeichnet, ist seine kurze Dauer. Doch gilt dies mehr vom gesunden Affekt. Denn bei Geisteskranken kann sich zornmüthige Aufregung oft mit geringem

Nachlass Wochen und Monate lang hinziehen. Diese Zustände sind nicht zu verwechseln mit der protrahirten motorischen Aufregung Melancholischer, welche nur Unlustgefühle und zwar bei verringertem Selbstgefühl zur Ursache haben.

E. Die Tobsucht.

Tobsucht ist zwar selbst kein Affekt, aber aus Affekt hervorgegangen. Sie ist auch nicht eigentlich eine besondere Krankheit an sich, sondern nur Zustandsform. Deshalb muss sie hier mit erwähnt werden.

Tobsucht ist eins der wichtigsten Elemente des Irreseins. Ihr Wesen besteht in einer von dem Grundaffekt getragenen starken motorischen Entäusserung und ist verschieden je nach dem Charakter desselben. So können wir eine melancholische und eine maniakalische Tobsucht unterscheiden (s. Kap. 13).

T e m p e r a m e n t nennen wir die gewohnte Stimmung des Menschen zusammen mit dem Grade der Reizempfänglichkeit für Seelenreize.

Von Alters her kennt man die auch unsrer heutigen Erkenntniss noch sehr gut sich anpassende Einteilung in vier Temperamente, nämlich das melancholische, sanguinische, cholerische und phlegmatische Temperament.

Dem melancholischen Temperamente mit erhöhter Reizbarkeit für ängstliche und traurige Eindrücke entspricht der krankhafte Affekt der Melancholie, dem sanguinischen mit erhöhter Reizbarkeit für freudige Eindrücke entspricht die Manie und dem cholerischen der Affekt des Zornes, während das phlegmatische Temperament nur der Ausdruck normaler Erregbarkeit für seelische Reize ist, obgleich in der populären Bedeutung des Wortes gewöhnlich eine verringerte Erregbarkeit darunter verstanden wird.

Da unter allen Formen von Geisteskrankheiten die Affekte vorzugsweise nur in der Melancholie und Manie eine Rolle spielen, bezeichnet man diese Krankheiten, wenn sie als selbstständige Formen auftreten, auch mit dem Namen: a f f e k t i v e s I r r e s e i n.

Zweites Kapitel.

Die Elementarstörungen auf dem Gebiete der Vorstellung.

A. Die Sinnestäuschungen.

Die Sinne sind mit Recht Pforten des Geistes genannt worden. Denn nur was durch die Sinne in unser Vorstellungsleben einzieht, wird zu unserem geistigen Besitzthume. Auch unser gesammtes abstraktes Denken findet seinen letzten Grund nur in sinnlichen Wahrnehmungen. Daher sagten schon die Alten: quod non est in sensu, non est in intellectu.

Es liegt demnach auf der Hand, dass, wo Sinneswahrnehmungen durch krankhafte Vorgänge gefälscht werden oder wo Sinneswahrnehmungen auftauchen, die mit der wirklichen Welt gar nichts gemein haben, auch der Vorstellungsinhalt ganz oder wenigstens teilweise gefälscht werden muss, und dass falsche Urtheile die Folge sein müssen. Deshalb gehören Sinnestäuschungen zu den wichtigsten Elementen des Irreseins. Weniger allerdings im affektiven Irresein enthalten, dienen sie hauptsächlich den Formen, die wir als Paranoia (Wahnsinn oder Verrücktheit) bezeichnen, zur Grundlage, sind wenigstens treue Begleiter derselben.

Wir schicken noch voraus, dass wir hier unter Sinnestäuschungen nicht die gewöhnlichen optischen Täuschungen, denen gesetzmässig auch das gesunde Auge unterliegt, so z. B. die bekannte optische Täuschung, dass wir den Vollmond am Horizont regelmässig viel grösser erblicken, als im Zenith, sondern lediglich kranke Zustände begreifen.

Wir unterscheiden zwei Arten von Sinnestäuschungen, nämlich Hallucinationen und Illusionen. Unter Hallucination verstehen wir eine Sinneswahrnehmung, der gar kein äusseres Objekt entspricht, unter Illusion eine solche, wo ein wirklich vorhandener Gegenstand eine falsche Deutung erhält. Der Hallucinant hört Geräusche oder Stimmen, sieht Gestalten, die gar nicht vorhanden sind, — der in Illusionen Befangene dagegen giebt dem wirklich Gehörten und Gesehenen nur eine falsche Deutung. Es sind Hallucinationen, wenn ein Delirant Ratten und Mäuse sieht, oder wenn einem Anderen eine Stimme aus der Wand Schimpfnamen zuflüstert, — sofern diese Sinneswahrnehmungen durch keinerlei äussere Gegenstände hervorgerufen werden. Dagegen ist es eine Illusion, wenn ein Delirant aus den Treppenmustern an der Wand Teufelsfratzen herausdeutet oder eine Wahnsinnige in der Stimme einer ganz fremden Person die ihres Mannes mit Bestimmtheit zu erkennen glaubt.

1. Die Hallucinationen. Sie entstehen, wie gesunde Sinneswahrnehmungen, auf psychisch-sensoriellem Wege, durch Inanspruchnahme des Sinnesapparates und Hinzutritt des Bewusstseins, — und zwar dann, wenn in einer der zur gesunden Sinneswahrnehmung nothwendigen organischen oder psychischen Bedingungen eine Störung eingetreten ist.

Organische Begründung einer Sinneswahrnehmung ist der Sinnesapparat. Er besteht aus drei Haupttheilen, erstens dem äusseren Sinnesorgane zur Aufnahme der von Aussen kommenden Sinnesreize, zweitens dem Gehirntheile, welcher die geistige Umwandlung des zunächst rein körperlichen Vorgangs in Vorstellung vermittelt (das Organ der psychischen Metamorphose), drittens dem beide Theile verbindenden Strang, nämlich dem Sinnesnerv.

Der alte Vergleich von Nervenleitung mit elektrischer Leitung ist wenigstens mit Bezug auf den Sinnesapparat gewiss nicht unpassend. Denn der Vorgang bei Aufnahme und Uebertragung des Sinnesreizes ähnelt in allen Stücken dem Telegraphendienste, wobei das äussere Sinnesorgan der Aufgabestation, der Gehirntheil der Endstation und der Sinnesnerv dem Drahte entspricht. Ebenso ferner, wie falsche oder verstümmelte Depeschen anlangen, wenn an der Aufgabe- oder Endstation der Apparat nicht in Ordnung ist, ebenso, darf man schliessen, werden auch Sinneseindrücke falsch wahrgenommen, sobald in einem der drei Haupttheile des Sinnesapparates krankhafte Veränderungen vorhanden sind. Die krankhafte Veränderung braucht also nicht immer, wie noch vielfach angenommen wird, im Gehirn (central) sich zu finden, sondern ist nicht selten auch in der Peripherie zu suchen, in der Netzhaut, im Labyrinth u. s. w. Netzhauterkrankungen z. B. als Begleiterscheinungen der chronischen Nierenentartung verursachen unter Umständen Gesichtshallucinationen. Erhalten wir einen Schlag aufs Auge, so tritt durch die Erschütterung der Netzhaut und des Sehnerven Funkensehen ein, d. h. es kommt uns nicht blos so vor, als ob wir Funken sähen, sondern wir sehen sie wirklich. Diese Sinneswahrnehmung würde sich zu einer wirklichen Hallucination erheben, wenn wir sie auf wirkliche ausser uns erzeugte Funken bezögen, während wir uns vielmehr der mechanischen Veranlassung und der durch diese bewirkten Augenerschütterung, mithin der organischen Ursache, bewusst bleiben. Viel zahlreicher aber sind die Fälle, wo wir uns der organischen Ursache nicht so bewusst werden, weil sie langsam und allmählich einwirkt. Dies gilt z. B. bei gewissen Hallucinationen des Gehörs, welche durch chronische Katarrhe der Paukenhöhle, der Eustachischen Röhre, des äusseren Gehörganges, oder auch nur durch Ohrenschmalzpfropfen hervorgerufen

werden. Die hierdurch erzeugten subjektiven Geräusche, wie Wasserfallrauschen und Glockenläuten, werden nicht selten als wirkliche, von Aussen kommende Geräusche hallucinatorisch verwerthet. Noch schwerer wird natürlich die richtige Deutung, wenn der Sitz der Erkrankung verborgen, im Gehirntheile selbst liegt. Hier bleibt dem Kranken die innere Ursache ganz verhüllt, und er lernt allmählich, wenn sich auch anfänglich sein Verstand dagegen sträuben mag, an die Wirklichkeit der falschen Sinneswahrnehmung glauben.

Die psychische Thätigkeit bei der Sinneswahrnehmung begreifen wir unter den Namen Perception und Apperception. Unter Perception verstehen wir die Umwandlung des ursprünglichen Körperreizes in Vorstellung und das Bewusstwerden dieser Vorstellung, — unter Apperception die Einfügung der percipirten Vorstellung in unser Selbstbewusstsein und die Verschmelzung mit dem vorhandenen Vorstellungsmaterial. Blos percipirte Vorstellungen gehen, ohne Eindrücke zu hinterlassen, an unserem geistigen Auge vorüber, erst nachdem sie auch appercipirt wurden, gehören sie zu unserem geistigen Besitzthume.

Diese zur Sinneswahrnehmung erforderlichen psychischen Thätigkeiten der Perception und Apperception werden wesentlich unterstützt, ja überhaupt nur ermöglicht durch Aufmerksamkeit. Unter letzterer versteht man einen, jedem Selbstbeobachter wohlbekannten eigenthümlichen Erregungszustand, eine zur Aufnahme von Vorstellungen bereite Spannung des Geistes. Sehr häufig aber fehlt diese Aufmerksamkeit für Sinneseindrücke. Es ist eine alltägliche Erfahrung, dass wir uns fortwährend Sinneswahrnehmungen entgehen lassen, obgleich sie von den Sinnesapparaten getreu zum Centrum rapportirt werden; theils unterbleibt es, weil uns die Eindrücke so gewohnt sind, dass wir nicht mehr besonders auf sie achten, theils, weil unser Geist gerade mit anderen Vorstellungen beschäftigt ist. Wir gehen in Gedanken versunken die Strasse entlang und sehen bei offenen Augen weder Häuser noch Bäume, noch Menschen, noch hören wir die Stimme des uns anrufenden Freundes. Wir lesen mitunter eine oder mehrere Seiten im Buche herunter, ohne zu wissen, was wir gelesen haben. Oft erst viel später tauchen wieder einzelne Bilder oder Worte aus der Nacht der Vergessenheit auf, zum Beweise, dass sie wenigstens seiner Zeit percipirt worden sind, wenn auch zur Apperception die nothwendige Aufmerksamkeit gefehlt hat. So verläuft auch eine in voller Ordnung aufgegebene telegraphische Depesche nutzlos und versinkt, so zu sagen, in's Nichts, wenn an der Endstation Niemand da ist, sie aufzunehmen.

Ebenso nun, wie mangelnde Aufmerksamkeit Sinneswahrnehmungen zu verhindern vermag, so kann sie auch dazu beitragen, sie zu fälschen und äussere Objekte da vorzutäuschen, wo keine vorhanden sind. Namentlich wird dies jedesmal der Fall sein, wo, wie dies bei Geisteskrankheiten vorzukommen pflegt, ausser der Aufmerksamkeit auch noch die Besonnenheit fehlt. Denn hierdurch wird die in gesundem Zustande sonst geübte Kritik verhindert. So werden im Ohr entstandene Geräusche nach Aussen verlegt, ebenso entoptische Bilder, wie das bekannte „Mückenfliegen", die der aufgeregte Delirant ohne Weiteres als Ratten und Mäuse anspricht.

Auch Erinnerungsbilder können zu Hallucinationen führen. Wenigstens darf man annehmen, dass unter Umständen die Energie des Vorstellens so gesteigert werden kann, dass die heraufbeschworenen Bilder wie wirkliche, in den äusseren Raum projicirte sich ausnehmen.

Denn für alle Hallucinationen, mögen sie entstanden sein, wie sie wollen, gilt das Gesetz, dass sie ebenso, wie die gesunden Sinneswahrnehmungen, stets nach Aussen verlegt werden. Diese nach dem Causalitätsgesetz erfolgende direkte und unmittelbare Beziehung jedes Sinneseindruckes auf die Aussenwelt ist der Grund, warum das Bewusstsein auch die lediglich innerlich begründeten krankhaften Sinneseindrücke stets auf einen äusseren Gegenstand beziehen muss, höchstens von den wenigen Fällen abgesehen, wo der körperliche Vorgang zum unmittelbaren Bewusstsein kommt. Dies erklärt auch, warum Hallucinationen meist mit der Unmittelbarkeit und imponirenden Sicherheit gesunder Sinneswahrnehmungen in das Bewusstsein treten. Gewiss sind auch hier viele Abstufungen vertreten, von der schattenhaften kaum über die farblosen Umrisse eines Erinnerungsbildes herausgehenden Vision bis zum plastisch greifbaren Gegenstande, von der blossen lebhaften Vorstellung eines Wortes bis zum wirklich deutlich Gehörten. Aber es macht auch erklärlich, weshalb es bei ausgebildeten Hallucinationen ganz vergeblich ist, den Kranken die Realität derselben ausreden zu wollen. Ueber die durch Hallucinationen des Muskelsinnes des Sprechapparates entstehende „innere Stimme" vieler Paranoiker, sowie über verwandte Erscheinungen s. Kap. 15.

Hallucinationen brauchen nicht nothwendig mit Geisteskrankheiten verbunden zu sein. Aber sie sind nicht blos die wichtigsten Symptome des Irreseins sondern auch eine Ursache desselben.

Hallucinationen können vorkommen:

a) bei übergrosser Erregbarkeit des Nervensystems, wie sie nach langer Schlaflosigkeit, geistigen und körperlichen Ueber-

anstrengungen, ferner in Erschöpfungszuständen durch Blutverluste und langes Hungern beobachtet wird, — Umständen, denen anatomisch Anämie des Gehirns entspricht. Prädisponirt sind Personen mit lebhafter Phantasie, wie Dichter, Künstler, Ascetiker, Einsiedler u. dergl.,

b) bei Vergiftungen mit gewissen Giften, wie Opium, Belladonna, Haschisch u. s. w., denen man eine erregende Wirkung auf das Sinnhirn zuschreiben muss,

c) im Fieberdelirium,

d) in allen Krankheiten, wo man eine Steigerung der Gehirnerregbarkeit anzunehmen berechtigt ist, also bei der Hysterie, der Epilepsie und endlich im Irrsinn.

Wo Hallucinationen als Begleiterscheinung des Irreseins auftreten, werden sie wegen der Trübung des Bewusstseins und fehlender Besonnenheit nur selten von wirklichen Gegenständen unterschieden und als krankhafte Erscheinungen erkannt. Namentlich dann nicht, wenn zwei oder mehrere Sinne zugleich halluciniren und so die falschen Wahrnehmungen des einen die des andern unterstützen.

Hallucinationen, die nicht sofort als unwirklich erkannt werden, sind stets auch in klinischem Sinne als krankhaft zu bezeichnen. Denn sie zeugen jedenfalls von Trübung des Selbstbewusstseins und unzureichender Kritik und ziehen, selbst wenn noch keine andern Symptome des Irrsinns vorhanden sein sollten, wie dies im Beginn von Psychosen vorkommen kann, unfehlbar später solche nach sich. Nur solche unerkannt gebliebenen Hallucinationen sind als echte zu bezeichnen.

Meist sind die Hallucinationen dem herrschenden Grundaffekt und dem Vorstellungsinhalte angemessen. Der Melancholiker wird niemals Hallucinationen heiteren, der Maniakalische keine traurigen Inhalts haben. Mitunter nehmen sie geradezu die Gestalt der gerade im Fokus des Bewusstseins stehenden Vorstellung an. So giebt es Kranke, die sich darüber beklagen, dass ihnen das, was sie gerade lesen, von Andern nachgesprochen wird, oder dass Andere ihnen ihre Gedanken ausspioniren und vorsprechen.

2) Illusionen sind falsche Deutungen eines wirklich vorhandenen äusseren Gegenstandes. Sie kommen vielfach auch im gesunden Seelenleben vor. Krankhaften Charakter in irrenärztlichem Sinne erhalten sie erst, wenn sie in Gesellschaft anderer Symptome auftreten und hartnäckig wiederkehren.

Illusionen werden noch mehr, wie Hallucinationen, durch mangelnde Aufmerksamkeit verschuldet. Deshalb sind sie in Affekten des Zorns

der Furcht, der religiösen Extase, überhaupt da, wo auch Besonnenheit fehlt, häufig anzutreffen.

Die falschen Deutungen der äusseren Objekte im frühesten Kindesalter, wo das Kind z. B. in jedem Manne den Vater zu erkennen glaubt, erklären sich aus der geringen Erfahrung der Kindesseele, welche noch wenig Beobachtungsmaterial gesammelt und noch weniger vergleichende Beobachtungen gemacht hat. Anders verhält es sich bei den illusorischen Personenverwechselungen Irrer. Hier ist das vorhanden gewesene Vorstellungsmaterial zum grossen Theil schon verschwunden und das illusorische Bild wird nun nach gewissen zufälligen Aehnlichkeiten mit Hilfe der ergänzenden Phantasie zusammengesetzt. Illusionen pflegen deshalb Zeichen eines tieferen intellektuellen Verfalles zu sein, als Hallucinationen, und werden am häufigsten in den Schwächezuständen des Irreseins, nämlich im Blödsinn und der schwachsinnigen Paranoia, beobachtet.

Illusion im irrenärztlichen Sinne ist ein verkehrtes Urtheil über wahrgenommene Gegenstände, ein Fehlen der Kritik. Man kann auch sagen, die Einwirkung des äusseren Gegenstandes auf das Sinnesorgan übt nicht den gewohnten Reiz aus, weil letzteres selbst verändert ist, oder derselbe wird nicht genügend fortgeleitet, oder, wenn auch richtig aufgenommen und fortgeleitet, doch falsch percipirt. Die Wirkung davon ist die, dass der durch den äussern Gegenstand gesetzte Reizzustand des Sinnesapparates nicht die adäquate, sondern eine krankhaft veränderte Vorstellung auslöst. Der Reiz wird also immer nur nach Massgabe des Zustandes des Sinnesapparates, den centralen Theil mit eingeschlossen, percipirt und psychisch metamorphosirt. Dasselbe geschieht aber auch bei den Hallucinationen, wo ebenfalls Reize, die den Sinnesapparat treffen, zur Vorstellung gelangen. Dass hier die Reize nicht von Aussen kommen, sondern innere Reize sind, ändert im Grunde Nichts. Hieraus aber geht die innere Verwandtschaft von Hallucinationen und Illusionen deutlich hervor. Eine Hallucination ist im Grunde nichts anderes, als eine ohne äusseren Sinnesreiz zur Vorstellung gelangende Illusion.

Vorkommen der Sinnestäuschungen. Sinnestäuschungen kommen bei allen fünf Sinnen vor. Hallucinationen werden am häufigsten am Gesichts- und Gehörsinn, und zwar an ersterem in akuten und an letzterem in chronischen Fällen beobachtet. Nächstdem sind Geruchshallucinationen wichtig. Ihr Inhalt ist stets Unlustgefühle dokumentirend, da nur widrige Gerüche, z. B. von Leichen, hallucinirt werden. Beim Geschmackssinn kann man nur von Illusionen sprechen. — Eine besondere Stellung nimmt der Gefühlssinn ein. Da er sich nicht auf Gegenstände der Aussenwelt, sondern nur auf Zu-

stände des eigenen Körpers bezieht, so sind Hallucinationen bei ihm überhaupt ausgeschlossen. Aber auch die Illusionen desselben verhalten sich anders, als die anderer Sinne, indem sie sofort als Wahnideeen auftreten. (S. u.)

Diagnose der Sinnestäuschungen. Illusionen sind leicht zu erkennen, sofern sie vom Kranken ausgesprochen werden, da ja alsdann der illusionäre Irrthum auf der Hand liegt. Schwieriger kann die Diagnose der Hallucinationen werden und nicht selten kommen hierbei Verwechselungen mit anderen Irreseinssymptomen vor.

Solche Verwechselungen sind u. A.:

a) Traumbilder spielen in das wache Bewusstsein herüber, werden vom Kranken als wirkliche Erlebnisse geschildert und können dann irrthümlich als Hallucinationen aufgefasst werden; z. B.: eine Kranke hat im Traume ihr Haus abbrennen sehen, kann aber nicht mehr zwischen Traumbild und Sinneswahrnehmung genau unterscheiden.

b) Die phantastische Welt von Königen, Kaisern, Heiligen, in die sich manche Paranoische entrückt glauben und in der sie selbst ihre Rolle sprechend und handelnd spielen, giebt Veranlassung, mitunter Hallucinationen anzunehmen, wo in der That keine solchen vorliegen; z. B.: eine Kranke setzt sich einen Epheukranz auf's Haupt und spricht mit vornehmer, herablassender Miene zum Fenster hinaus. Man braucht darum noch nicht an eine Hallucination zu denken. Vielmehr spielt sie nur einfach ihre Rolle. Sie weiss recht gut, dass Niemand da ist, aber sie stellt gerade eine Königin vor, die Huldigungen empfängt.

c) Eine Vorstellung tritt lebhaft ins Bewusstsein und erregt dort einen Affekt. Die Vorstellung wird nun mit der Erinnerung an eine vermeintliche Thatsache verwechselt; z. B.: ein Kranker beklagt sich, dass er geschlagen worden sei, oder er sagt, dass er Besuch gehabt habe, während Beides nicht der Wirklichkeit entspricht.

Am leichtesten wird natürlich die Diagnose sein, wenn die Kranken, wie dies bei gebildeten Personen nicht selten vorkommt, sich selbst über ihre Sinneswahrnehmungen Rechenschaft geben und sich offen aussprechen. Es giebt aber auch Viele, die dies nicht thun und die ihre Hallucinationen, selbst wenn sie darauf hin examinirt werden, beharrlich verheimlichen (dissimuliren). Alsdann kann man nur durch bezeichnendes Verhalten des Kranken zur Diagnose geführt werden. Solche significatorische Symptome sind u. A.: Hinhorchen nach einem Punkt, z. B. nach einer Stubenecke, Klopfen an die Wand,

unverwandter Blick in eine bestimmte Richtung, Flüstern oder lautes Vorsichhinsprechen, Umherwerfen mit Schimpfwörtern, plötzliches zorniges Auffahren, Verstopfen der Ohren, der Schlüssellöcher, der Ofenröhre u. s. w.

Hallucinationen des Muskelsinnes. Auch von Hallucinationen des Muskelsinnes kann man sprechen. Cramer („Die Hallucinationen des Muskelsinnes bei Geisteskranken") hat diese sehr interessanten Verhältnisse näher studirt und dargelegt. Darnach giebt es eine centripetal verlaufende Sinnesbahn, die in der Muskulatur ihre Aufgabestation hat und deren specifische Energie darin besteht, Empfindungen nach der Hirnrinde zu bringen, die dort zu Bewegungsvorstellungen umgesetzt und als solche abgelagert werden. Diese Bahn wird die Bahn des Muskelsinnes genannt Mit Hilfe derselben und der durch sie vermittelten Bewegungsvorstellungen erlernen wir alle unsere Fertigkeiten, auch die Sprache.

Bewegungsempfindungen können nun in der Muskelbahn auch hallucinatorisch ausgelöst und dadurch unrichtige Bewegungsvorstellungen erzeugt werden. Nach den verschiedenen Muskelbahnen kann man drei Arten von Muskelhallucinationen unterscheiden:

1. Die Hallucinationen im Muskelsinn des lokomotorischen Apparates. Sie lösen Zwangshandlungen und Zwangsbewegungen aus, indem bei centripetal fortgeleitetem krankhaftem Reize falsche Berichte über Stellungen und Bewegungen nach dem Centrum gelangen, die letzteres nun zu corrigiren sucht. Oder ein durch hallucinatorische Bewegungsempfindung vermittelter Reiz wird sofort auf die motorische centrifugale Bahn übertragen. — Beides kommt bei chronischen Geisteskranken, namentlich Paranoikern, sehr häufig vor.

2. Hallucinationen im Muskelsinn der Augenmuskeln. Sie bewirken falsche Raumvorstellungen.

3. Hallucinationen im Muskelsinn des Sprachapparates Die Worte sind Formeln für unsere Gedanken. Bei der Vorstellung eines Wortes oder auch vieler zu einem Gespräche zusammengesetzter Worte haben wir ein Gefühl in der Muskelbahn des Sprachapparates. Treffen krankhafte Reize diese Bahn und ist vielleicht die ganze Bahn angegriffen und der Reiz sehr stark, so werden die Gefühle, die beim Vorstellen eines Wortes oder Gespräches entstehen doppelt und dreifach zum Bewusstsein kommen und so den Eindruck des wirklich Gesprochenen, beziehungsweise Gehörten machen. Es entsteht dann die Vorstellung der „innern Stimme", eine bei Paranoikern häufige Erscheinung. Treten dazu noch entotische Geräusche oder wirkliche Gehörshallucinationen, so wird die Täuschung und die

wahnhafte Umbildung des Vorstellungsinhaltes eine vollkommene werden.

Auch beim Lesen und Schreiben kommt die „innere Stimme“ zur Geltung. Aber dabei ist ein nicht unwesentlicher Unterschied zu beachten. Lesen ist eine Umsetzung einer Gesichtsvorstellung in Bewegungsvorstellungen des Sprachapparates. Bei hallucinatorischer Erregung desselben und erhöhter Wortempfindung wird die Vorstellung auftauchen, als ob mit- oder nachgesprochen würde. — Das Schreiben ist eine Umsetzung einer Sprachvorstellung in eine Bewegungsvorstellung. Bei hallucinatorischer Erregung des Sprechapparates, die ja also der Schreibbewegung vorausgeht, wird also umgekehrt die Vorstellung entstehen, als ob Alles vorgesprochen würde.

Zwangsreden tritt ein, wenn die durch den krankhaften hallucinatorischen Reiz des Muskelsinnes bewirkte Erregung der Vorstellung im Centrum so heftig ist, dass sie sofort auch einen centrifugalen motorischen Impuls auslöst.

B. Wahnideen.

Wahnideen sind falsche Vorstellungen und Urtheile, die sich vom blossen Irrthum durch ihre krankhafte Begründung unterscheiden. Strenggenommen würde demnach schon die Hallucination eine Wahnidee vorstellen, denn sie ist auch eine krankhaft begründete falsche Vorstellung. Aber dies versteht der Sprachgebrauch nicht darunter. Wir nennen vielmehr nur die zu wirklichen Urtheilen sich erhebenden krankhaften Vorstellungen Wahnideen. Wahnideen entstehen, wie gesunde, auf anschaulichem Wege und durch Verknüpfung und Weiterentwickelung anschaulicher Ideen zu abstracten und Gesammtideen. Der logische Mechanismus ist dabei ganz ungestört. Der Schluss erscheint folgerichtig, wie beim Gesunden, nur dass er auf falschen, d. h. krankhaft bedingten Voraussetzungen aufgebaut ist.

Wahnideen können auf vierfache Weise zu Stande kommen

1. Durch Sinnestäuschungen, namentlich Hallucinationen. Dies ist eine nicht seltene Entstehungsart und wird regelmässig dort beobachtet, wo Hallucinationen als erstes Symptom einer vorhandenen psychisch-sensoriellen Reizung auftreten. Der Zusammenhang zwischen beiden ist unschwer zu begreifen. Denn da unser gesammtes Urtheilen und Denken am letzten Ende von anschaulichen Vorstellungen abhängt, so liegt es auf der Hand, dass, wo der Vorstellungsinhalt durch krankhafte Sinneseindrücke gefälscht ist, auch die hiervon abhängigen Schlüsse und Urtheile krankhaft beeinflusst werden müssen. Dies wird um so eher der Fall sein, wenn entweder die Hallucinationen mit grosser

sinnfälliger Deutlichkeit auftreten, oder wenn sie sich häufig wiederholen, was namentlich bei Gehörshallucinationen der Fall zu sein pflegt, oder endlich, wenn zwei oder mehrere Sinne hallucinireu. Namentlich letzterer Umstand ist sehr wichtig. Wenn nur ein Sinn betheiligt ist und die Hallucinationen nicht sehr häufig auftreten, so braucht es längere Zeit, bis der durch die gefälschten Vorstellungen beeinflusste Intellekt zur Bildung von Wahnideen schreitet. Auch die hierdurch bedingte krankhafte Umwandlung der geistigen Persönlichkeit bleibt manchmal lange Zeit noch eine beschränkte, insofern als die gesunden Bewusstseins-Elemente, welche der Persönlichkeit ihren Stempel aufdrücken, noch die Oberhand haben und nur gewissermassen durchsetzt von äusserlich hervorragenden krankhaften Auswüchsen erscheinen. Werden aber die krankhaften Wahrnehmungen des einen Sinnes durch die eines andern unterstützt, so ist ein viel grösseres Gebiet des Vorstellungslebens in Anspruch genommen, Wahnideen kommen viel leichter zu Stande und beherrschen den Kranken mit der Zeit so, dass sie ihn in eine ganz andere geistige Persönlichkeit verwandeln, die, den wirklichen Verhältnissen grösstentheils entrückt, nur noch in einer wahnhaften Vorstellungswelt dahinlebt.

Diejenige Form des Irreseins, in deren Verlaufe nicht blos Hallucinationen überhaupt eine grosse Rolle spielen, sondern wo letztere geradezu als Ursache der Wahnideen, sowie der ganzen wahnhaften Umwandlung der Persönlichkeit, auftreten, nennt man hallucinatorische Paranoia. (S. Kap. 14.)

2. Primäre Wahnideen. Sie sind daran kenntlich, dass sie plötzlich ohne Vorboten, namentlich ohne das ein Affekt oder eine Hallucination vorangegangen wäre, bei scheinbar ganz gesunden Personen aus der Tiefe des Unbewussten aufsteigen. Den Kranken selbst anfangs überraschend und verblüffend, drängen sie sich doch alsbald in den Vordergrund und beherrschen das Vorstellungsgebiet in weitem Umfange.

Auch pflegen sie sich dadurch auszuzeichnen, dass ihr Inhalt keineswegs, wie dies bei anderen Wahnideen der Fall zu sein pflegt, ein übertriebener oder barocker ist. Sondern sie bewegen sich scheinbar in der Breite der Gesundheit und sehen blossen Irrthümern sehr ähnlich. Sehr häufig lässt sich alsdann die Wahnidee aus dem Charakter des Kranken ableiten, so dass sie nur eine Steigerung des Temperaments und des gewohnten Gedankenganges desselben darstellt. So neigt ein misstrauischer Charakter leicht zu Beeinträchtigungs-, ein hochmüthiger zu Ueberschätzungs-, ein eitler zu Liebeswahnideen.

Die eigne Persönlichkeit steht überhaupt bedeutend im Vordergrunde, und die Beziehungen zur Aussenwelt werden, selbst in an sich ganz gleichgiltigen Dingen, wesentlich hierdurch mitbestimmt. Solche Kranke beziehen Alles auf sich und geben ihm eine auf ihre Persönlichkeit bezügliche Deutung. So hört der Eine hinter sich husten und meint, man wolle ihn verspotten, der Andere wittert hinter den Worten des Predigers persönliche Anspielungen, die Dritte glaubt, ihretwegen, um sie zu feiern, ständen Gedichte in der Zeitung. Richtig aufgefassten Thatsachen wird also eine persönliche Beziehung, die ihnen nicht zukommt, angedichtet.

Die anatomische Grundlage ist hier noch ganz unklar. Wir wissen nur, dass diese Wahnideen fast ausschliesslich bei erblich oder organisch Belasteten vorkommen und nehmen an, dass sie in angeborenen materiellen Abweichungen im feineren Bau des Gehirns begründet sein müssen. Dem Kranken bleibt dieser in die Tiefe der eigenen Organisation zurückführende Ursprung natürlich verborgen. Er sträubt sich vielleicht noch eine Zeit lang gegen die Annahme der sich ihm aufdrängenden Wahnidee und führt Vernunftgründe dagegen auf. Aber meist erweist sich bald der organische Zwang als zu stark, und namentlich, wenn die Wahrnehmung scheinbar unterstützende Ereignisse hinzutreten, oder, was auch nicht selten ist, wenn Hallucinationen mit ins Spiel kommen, hält keine Ueberlegung mehr Stich, und die Wahnidee wird als Thatsache hingenommen.

Diese Wahnideen sind charakteristisch für die sogenannte primäre Paranoia. (S. Kap. 14.)

3. Wahnideen als Erklärungsversuche des eigenen krankhaften Zustandes. Dieselben kommen nur im affektiven Irresein (s. Kap. 12) und den damit verwandten Zuständen des Affekt-Stadiums der Paralyse (s. Kap. 19) vor. Eine melancholische Kranke z. B., welche, von schwerer Herzensangst gepeinigt, ruhelos umherirrt, sucht nach Gründen für ihre Angst, findet dieselben in ihrer sündhaften Vergangenheit, und die Wahnidee, sie sei von Gott verlassen und in Ewigkeit verdammt, erwacht. — Oder einem maniakalischen Kranken, den der lebhaft sich treibende Gedankenfluss und die Fülle der auf sein Bewusstsein einstürmenden Ideen in Entzücken versetzt, drängt sich die Idee auf, er sei ganz besonders gottbegnadet, er sei ein Genie und zum Reformator berufen.

Hier drängen sich also dem Kranken die Wahnideen als Erklärungsgrund für den ihm sonst unerklärlich bleibenden Zustand des eigenen Innern auf. Man braucht sich dabei den Vorgang nicht so zu denken, als ob der Kranke darüber reflektire und dass nun die Wahnidee als letztes Resultat einer verstandesmässigen Operation

aufträte. Vielmehr darf man annehmen, dass in den meisten Fällen die Idee ohne alle Reflexion blitzähnlich aus der Tiefe hervorbricht, den Kranken Anfangs selbst blendend und überraschend, aber ihm doch ihr trügerisches Licht zur Aufhellung seines dunkeln Innern unausweichbar aufdrängend.

4. Wahnideen durch Allegorisirung körperlicher Empfindungen. Allegorisirungen körperlicher Empfindungen kommen beim gesunden Menschen nur im Traumleben vor, bei Geisteskranken aber finden wir sie nicht selten als bleibende Wahnidee. Vorzugsweise kommen sie in den Eingeweide- und den sensiblen Hautnerven vor. So steigern sich die dyspeptischen Empfindungen der Magennerven bei Melancholikern zum Vergiftungswahn, die wurmförmigen Bewegungen des Darmes werden als Schlangen, schwirrende Geräusche im Kopfe als Vogelgezwitscher, Anästhesien der Hautnerven der Füsse als Glasfüsse, allgemeinere Hautanästhesien als Gestorbensein, gewisse fremdartige Empfindungen in den Kopfnerven als Elektrisirtwerden u. s. w. allegorisirt. Diagnostisch sind solche Allegorisirungen wichtig, weil sie uns auf peripherische Erkrankungen hinweisen können, deren Beseitigung für den Gesammtverlauf von Nutzen sein kann. Ebenso wie z. B. erotische Aufregung häufig Folge eines starken Reizes der Genitalien ist, nach dessen Beseitigung sich erstere gleichfalls verliert.

Allegorisirende Wahnideen finden sich in allen Formen des Irreseins.

Die Wahnideen kommen übrigens nicht ausschliesslich auf einem der genannten vier Wege zur Ausbildung, sondern meist pflegen mehrere Ursachen zusammenzuwirken. So verbinden sich Hallucinationen häufig mit den aus dem affektiven Irresein entstandenen und noch häufiger mit primären Wahnideen. Auch Träume dienen mitunter zur Bildung von Wahnideen. Es ist dies namentlich bei Schwachsinnigen der Fall, welche die Traumvorstellung nicht mehr von einem wirklichen Erlebniss zu unterscheiden vermögen.

Der Inhalt der Wahnideen ist abhängig: Erstens von der Krankheitsform, beziehungsweise von der anatomischen Grundlage der letzteren. Gleiche Ursachen erzeugen gleiche Symptome. Wir kennen deshalb eine Reihe Wahnvorstellungen, die für gewisse Krankheitsformen typisch sind, so den Angst- und Verfolgungswahn bei ängstlichen Melancholikern, den Versündigungs- oder Verarmungswahn bei schmerzlicher Melancholie, den Grössen- und Verfolgungswahn bei primärer Paranoia (s. Kap. 14), den Grössenwahnsinn der Paralytiker (s. Kap. 19), den Wahn ehelicher Untreue bei Alcoholisten (s. Kap. 17), den Leerheitswahn bei Altersblödsinnigen (s. Kap. 18). Für diese typi-

schen Wahnideen hat Griesinger die Bezeichnung Primordialdelirien eingeführt.

Zweitens von der Höhe des Affekts im affektiven Irresein. So sind bei einem an leichter Manie Leidenden auch die Ueberhebungsideen noch gemässigter, von der Wirklichkeit noch nicht so entfernt, als die Grössendelirien eines schwer Maniakalischen; die einfach wehleidige Melancholikerin, die nur in Verkennungsempfindungen delirirt, erhebt sich noch nicht zur Höhe einer mit verzweiflungsvollstem Versündigungswahn ringenden Kranken.

Drittens von dem Charakter derjenigen peripherischen Zustände, durch deren Allegorisirung überhaupt Wahnideen hervorgerufen werden (s. o. 4).

Wahnideen sind etwas aus der Person des Kranken Geborenes. Darum haftet ihnen auch immer eine individuelle Färbung an. Sie sind abhängig vom Stand und Bildungsgrad des Kranken, überhaupt von dessen persönlichen Verhältnissen Denn auch bei Wahnideen schöpft der Kranke aus dem Inhalte seiner bisherigen gesunden Vorstellungen. So wird ein ungebildetes Landmädchen Wahnideen anderen Inhalts und anderer Färbung zu Tage fördern, als eine Salondame, wenn sich auch sonst die Krankheitssymptome noch so ähnlich verhalten sollten. Ein Priester wird im melancholischen Versündigungswahn anders deliriren, als ein Officier u. s. w.

Zugleich aber sind wir auch Kinder unserer Zeit. Darum haben von jeher die Ideen, welche ein Zeitalter beherrschen, auch den Wahnvorstellungen kranker Köpfe ihren Stempel aufgedrückt. Vor Jahrhunderten trug der Verfolgungs- und Versündigungswahn Melancholischer den Charakter des Besessen- und Bezaubertseins an sich. Heute knüpft primärer Verfolgungswahn gern an geheime Gesellschaften, Jesuiten und Freimaurer an. Der jetzt so häufige Wahn, elektrisirt zu werden, war vor hundert Jahren, — der, dass man durch das Telephon chikanirt werde, vor zehn Jahren noch nicht möglich. Der bis nach dem Reformationszeitalter so häufige Wahn, ein Wehrwolf zu sein, kommt als Symptom des Metamorphosenwahns gar nicht mehr vor. Auch die Nationalität kommt hierbei in Betracht, wobei wiederum der endemische Aberglaube eine Rolle spielt, z. B. der in den südslavischen Ländern herrschende Aberglaube des Vampyrismus, den man in den Wahnideen eines deutschen Bauern vergeblich suchen würde.

Wahnideen kommen bei fast allen Irreseinsformen vor. Namentlich aber sind sie charakteristische Merkmale des Wahnsinns und der Verrücktheit (Paranoia).

Unter diesen Bezeichnungen, welche man früher noch streng unterschied, jetzt aber mehr gemischt gebraucht, versteht man, allgemein gesprochen, ein meist chronisches, nicht affektives, also nicht unter melancholischen und maniakalischen Erscheinungen verlaufendes, sich aber stets durch das Vorherrschen von Wahnideen kennzeichnendes Irresein.

Man unterscheidet eine primäre und eine sekundäre Form der Paranoia. Unter primärer Paranoia (Wahnsinn, Verrücktheit) versteht man diejenige Form, der kein Affektiv-Irresein vorangegangen, die vielmehr aus primären oder durch Hallucinationen erzeugten Wahnideen hervorgegangen ist.

Unter sekundärer Paranoia (Verrücktheit) versteht man diejenige Form, die sich aus vorangegangener Melancholie oder Manie entwickelt (s. Kap. 13).

Drittes Kapitel.

Die Elementarstörungen auf dem Gebiete der Vorstellung.

(Schluss.)

C. Die Zwangsvorstellungen.

Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen meist fremdartigen, oft barocken Inhalts, die scheinbar ganz unvermittelt und in fortwährender Wiederholung, ohne dass das Bewusstsein sich ihrer erwehren kann, also zwangsweise, sich diesem aufdrängen.

In der Art ihrer Entstehung ähneln sie den primären Wahnideen und haben mit diesen, sowie mit Wahnideen überhaupt, das Gemeinsame, dass sie zu Zwangshandlungen führen, — unterscheiden sich aber dadurch, dass sie nicht für wahr hingenommen werden, sondern als krankhaft erkannt werden und dem übrigen Gedankeninhalte fremdartig gegenüberstehen bleiben.

Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist unendlich verschieden. Es ist deshalb auch kaum möglich, ihn zu klassifiziren. Am bekanntesten sind die folgenden Formen:

a) Die einfache Fragesucht. Es treten unaufhörlich sich aufzwingende, nach Beantwortung drängende Selbstfragen, oft sehr allgemeinen und schwer zu beantwortenden Inhalts auf, z. B.: Was heisst Gott? Was heisst Welt? Warum ist $2 \times 2 = 4$? — Häufig werden Anschauungseindrücke mit herangezogen. Warum sieht der Buchstabe A so und nicht anders aus? Warum ist das Tischtuch viereckig und nicht rund? u. s. w. Da der Kranke über die Fragen zu grübeln

anfängt und mit ihrer Beantwortung nicht fertig wird, nennt man diese Form auch Grübelsucht.

b) Die Zweifelsucht. Es drängt sich, jedesmal wider besseres Wissen, der Zweifel auf, ob man auch dies oder jenes recht gemacht habe, z. B. ob man auch die Hausthür verschlossen, ob man den Brief richtig abgegeben, ob man sich im Gespräch auch richtig ausgedrückt habe. Oder noch indifferenter: ob der Herr im schwarzen Leibrock, mit dem man eben gesprochen, nicht vielmehr einen Gehrock angehabt habe, ob die betreffende Blondine nicht vielmehr eine Brünette sei. — Auch schwere Selbstbeschuldigungen in Begleitung von Affekten kommen vor: ob man nicht der Kranken, die man bis zu ihrem Tode gepflegt, mit einem Messer den Hals abgeschnitten habe.

c) Die Platzfurcht (Agoraphobie) und verwandte Zustände. Sie besteht darin, dass die Kranken die Vorstellung haben, sie könnten keinen freien Platz überschreiten. Andere können keinen Bahnkörper überschreiten, weil sich ihnen dabei die Vorstellung aufdrängt, sie könnten überfahren werden, auch wenn gar keine weitere Veranlassung zu solcher Befürchtung vorliegt.

d) Contrastirende Zwangsvorstellungen. Contrastirende Ideen, die mit der eben gehabten Vorstellung oder mit der ganzen Situation in schroffem Widerspruche stehen, drängen sich auf, z. B. in der Kirche Gott zu lästern, seine liebsten Angehörigen todt zu sehen u. s. w.

Die Zwangshandlungen, zu denen Zwangsvorstellungen führen, sind sehr häufig impulsiver Art, z. B. der Drang, wenn man sich auf einem Thurme oder einer schroffen Höhe befindet, sich selbst oder einen Nebenstehenden hinabzustürzen, beim Gottesdienst eine Gotteslästerung auszusprechen. Nicht selten geben sie sich aber auch als planmässige, lang vorbereitete, dabei an sich nicht unzweckmässige Handlungen zu erkennen, z. B. wenn eine Kranke, welche die Vorstellung hat, einen Mord begangen zu haben, bei der Behörde den Antrag auf Ausgrabung der Leiche stellt, um sich durch den Augenschein zu kuriren.

Nicht selten sind Zwangsvorstellungen mit unangenehmen körperlichen Gefühlen, z. B. Ziehen in den Beinen oder im Unterleibe, verknüpft, namentlich die unter c) genannten, denen die Vorstellung körperlichen Unvermögens gemeinsam ist.

Zwangsvorstellungen kommen auch beim Gesunden vor, besonders in Schwächezuständen nach grosser körperlich-geistiger Anstrengung.

Sie sind also kein pathognomonisches Zeichen des Irreseins. Aber häufig führen sie dahin und sind namentlich bei erblich oder sonstwie Belasteten von übler Vorbedeutung.

D. Die Erinnerungsstörungen.

Die Erinnerung kann erleichtert, erschwert oder qualitativ verändert erscheinen.

Erleichtert ist sie in maniakalischen Zuständen als Theilerscheinung des erleichterten Ablaufes aller psychischen Thätigkeiten.

Erschwert ist sie a) in der Melancholie wegen der Hemmung eben dieser Thätigkeiten;

b) in allen geistigen Schwächezuständen, also auch, abgesehen vom eigentlichen Blödsinn, bei Ermüdung und Erschöpfung nach schweren, fieberhaften Krankheiten oder Blutverlusten, nach übergrosser geistiger Anstrengung, ganz besonders aber auch nach sexuellen, besonders masturbatorischen Excessen jugendlicher Personen.

Schwinden des Gedächtnisses ist die Folge des Unterganges von Vorstellungsmaterial überhaupt, wie es im Blödsinn oder anderen destruktiven Gehirnkrankheiten, z. B. der Paralyse (s. Kap. 19) vorkommt. Bei Hirnerkrankungen in Folge apoplektischer Anfälle hat man als Ausfallserscheinung auch theilweises Schwinden des Gedächtnisses, z. B. für Namen, Zahlen, Fertigkeiten u. s. w. beobachtet. Sehr häufig ist auch mangelndes Erinnerungsvermögen für Erlebnisse der jüngsten Vergangenheit, während es für weit zurückliegende Ereignisse, z. B. aus der Jugendzeit, erhalten ist. Der Grund hierfür ist meist in der Interesselosigkeit der Kranken zu suchen, die, nur mit sich beschäftigt, die Dinge nicht mehr so stark auf sich einwirken lassen, um geistige Abbilder davon zu behalten.

Qualitativ verändert erscheint bei Geisteskranken die Erinnerung nicht selten in der Art der Reproduktion, indem das Erinnerungsbild zu dem Originalbilde und dem übrigen Vorstellungskreise noch Zuthaten beigemischt erhält, — oder auch, indem wesentliche Züge fehlen. Die Möglichkeit solcher qualitativer Erinnerungsstörungen muss man sich stets vor Augen halten, wenn man den Kranken nicht der Gefahr, falsch beurtheilt zu werden, aussetzen will.

Unter Erinnerungstäuschungen versteht man das nicht ganz seltene Vorkommniss, dass es dem Betreffenden so vorkommt, als habe er die Situation, in der er sich gerade befindet, schon einmal durchlebt, z. B. dieselbe Aussicht, vor der er unzweifelhaft zum ersten Male steht, schon einmal genossen, dieselben Worte schon einmal gehört, dieselben Gedanken schon einmal gedacht zu haben. Man hat diese, sowohl bei Gesunden als bei Geisteskranken vorkommenden

Erinnerungstäuschungen auch Doppelwahrnehmungen genannt. Eine befriedigende wissenschaftliche Erklärung dafür steht noch aus. Theils hat man eine illusionäre Verwechslung der gegenwärtigen Vorstellung mit Erinnerungsbildern angenommen, theils die Hypothese von identischen und gleichzeitig erregten Vorstellungsganglien in den beiden Grosshirnhemisphären aufgestellt und das Phänomen nun dadurch erklärt, dass die Vorstellung der einen Seite hier etwas später zum Bewusstsein komme, als die der anderen Seite, wodurch der Anschein eines Erinnerungsbildes erweckt werde.

E. Der Stupor.

Unter Stupor versteht man einen Zustand psychisch-somatischer Hemmung, in welchem alle Thätigkeiten, vor allem auch die Vorstellung, langsam und unvollständig von Statten gehen.

Auf vegetativem Gebiete zeigt sich die Hemmung in oberflächlicher Respiration, schwachem Herzstoss, verlangsamter Circulation, träger Verdauung und verringerten Ausscheidungen.

Die Reizaufnahme der sensiblen Hautnerven und der Sinnesnerven ist erschwert oder aufgehoben, in Folge dessen einerseits nicht selten allgemeine Hautanästhesie auftritt, andererseits die Bildung von Vorstellungen erschwert erscheint. Bewegungen, und zwar willkürliche sowohl wie Reflexbewegungen, erfolgen gleichfalls langsam und zögernd.

Namentlich aber ist das Bewusstsein, d. h. die Vorstellung vom eigenen Ich, getrübt, wenn auch nicht ganz geschwunden. In Folge dessen ist auch die Apperception äusserer Reize behindert. Die äussere Haltung ist ein Spiegelbild der inneren Hemmung. Der Kranke verharrt meist unbeweglich, mit blöden oder erstaunten Mienen vor sich hin schauend. Willkürliche Bewegungen werden nur, soweit das Triebleben in Betracht kommt, und alsdann auch nur im langsamsten Tempo vollzogen.

Als anatomische Grundlage darf man eine, vermutlich durch Anämie bedingte, Ernährungsstörung des Gehirns annehmen. Wenigstens trifft man stuporöse Zustände theils nach erschöpfenden Krankheiten oder sexuellen Ausschweifungen, theils auch nach Affekten, die, wie der Schreck, mit vasomotorischer Gefässverengerung einhergehen.

Stupor kann in jeder Art des Irreseins vorkommen. Zur engeren Krankheitsform erhebt er sich im primären Blödsinn (s. Kap. 11). Auch der sekundäre Blödsinn als Endstadium ungeheilt gebliebener Psychosen (s. Kap. 12) entlehnt ihm seine bezeichnendsten Züge.

F. Störungen des Selbstbewusstseins.

Der Mensch ist zugleich erkennendes Subjekt und von sich selbst erkanntes Objekt. Selbstbewusstsein aber nennt man das unmittelbare

Innewerden dieser Identität von erkennendem Subjekt und erkanntem Objekt, — oder was dasselbe sagen will, des gleichzeitigen, ausserhalb und innerhalb der uns umgebenden Welt Stehens.

Im gesunden Leben ist das Selbstbewusstsein vermindert oder ganz aufgehoben im Schlafe.

Ist das Selbstbewusstsein in krankhaften Zuständen ganz aufgehoben, so nennen wir den Zustand, sofern noch eine Erweckung möglich ist, Sopor, sofern nicht, Coma. Wir finden beide Zustände häufig in schweren idiopathischen Gehirnkrankheiten, Verletzungen oder Vergiftungen.

Zeitweiliges, gänzliches Schwinden des Bewusstseins kommt in Ohnmachten vor.

Theilweises Schwinden des Bewusstseins findet sich sehr häufig in verschiedenen Irreseinsformen, namentlich solchen, die von idiopathischen Gehirnkrankheiten ausgehen, wie die Paralyse und der Altersblödsinn, ferner auch bei Epilepsie und Alkoholismus. Die Perception der Sinneswahrnehmungen ist gestört, sodass später keine Erinnerung an den Zustand zurückbleibt. Oder die Perception ist zwar erhalten, dagegen die Apperception behindert. Der Kranke sieht und hört wohl, aber er kann die Wahrnehmung nicht deuten und assimilirt sie sich nicht, — es ist so gut, als hätte er die Dinge nicht gesehen und gehört. Trotzdem können solche Zustände, welche man mit dem Namen Seelenblindheit und Seelentaubheit belegt, zu Handlungen, oft gewaltthätigen Charakters führen, deren jedoch der Kranke sich weder bewusst ist, noch sich später erinnern kann.

Häufig ist das Begreifen der eigenen Persönlichkeit in Zeit und Raum erschwert oder aufgehoben. Die Kranken wissen nicht, wo sie sich befinden, erkennen die Oertlichkeit nicht und sind über die Zeit im Unklaren. Selbst die ganze Vergangenheit versinkt mitunter, sodass sie entweder ganz vergessen oder mit einer anderen Persönlichkeit, als der eigenen, in Verbindung gebracht wird. Oder es haben sich aus der früheren Periode noch Bruchstücke des eigenen Ich erhalten. Hieraus erwachsen dann die Wahnideen einer doppelten Persönlichkeit, wobei der Intellekt mit verschiedenen Ideenkreisen operirt. Mitunter wird auch aus dem Selbstbewusstsein die Empfindung des Subjekts eliminirt, sodass sich der Kranke nur als Objekt fühlt. Endlich kommen auch Fälle von Apperceptionsschwäche vor, wo das unmittelbare Innewerden der Welt, sowie des eigenen Körpers als ausser uns stehendes Objekt verloren gegangen ist, — Zustände, welche den sogenannten nihilistischen Wahn, nämlich, dass überhaupt nichts mehr existire, erzeugen. Nicht unwahrscheinlicher Weise hängen

solche Störungen des Selbstbewusstseins mit Rindenatrophie zusammen. Wenigstens sind sie häufige Begleiter des paralytischen (s. Kap. 19) und des Irreseins der Greise (s. Kap. 18).

Viertes Kapitel.

Die Elementarstörungen auf dem Gebiete des Wollens und Handelns.

Die Handlungen kann man in unbewusste und bewusste eintheilen, — letztere, mit denen wir es hier zunächst allein zu thun haben, in triebartige, automatische und motivirte Handlungen.

A. Elementarstörungen des Trieblebens.

Mit dem gesunden Menschen hat der Irre den Nahrungs- und Geschlechtstrieb gemeinsam. Beide weisen in Geisteskrankheiten vielfache quantitative und qualitative Störungen auf.

1. Steigerung des Nahrungstriebes. Sie ist häufig ein Zeichen beginnender Reconvalescenz, namentlich nach affektiven mit schweren Ernährungsstörungen einhergehenden Krankheiten, alsdann also auch nicht als krankhaftes Symptom aufzufassen. Häufig erweist sie sich auch nur als kindische Begehrlichkeit bei Blödsinnigen und schwachsinnigen Maniakalischen, und wird, wenn man ihr Spielraum gelassen, gewöhnlich schon nach kurzer Zeit durch das entgegengesetzte Gefühl der durch Ueberfüllung verursachten Dyspepsie abgelöst.

Nicht selten ist auch bei Schwach- und Blödsinnigen, namentlich im Altersblödsinn, auch bei Paralytikern, also in Zuständen, die mit Atrophie des Vorderhirns verlaufen, ein mangelndes Sättigungsgefühl, wobei ungeheure Speisemengen verschlungen werden können, zu beobachten.

2. Verminderung des Nahrungstriebes tritt gleichfalls häufig als Symptom eines Magencatarrhs oder einer schweren nervösen Dyspepsie bei Melancholikern auf.

Als wirkliche Nahrungsverweigerung ist sie jedoch eines der schwersten psychisch-somatischen Symptome des Irreseins. Nahrungsverweigerung ist nicht selten mit Wahnideen verbunden, auch mit Hallucinationen, z. B. mit solchen, die das Essen verbieten. Die Wahnideen, unter denen Vergiftungsideen am häufigsten auftreten, sind alsdann als Allegorisirungen des begleitenden Magencatarrhs u. dergl. aufzufassen. Oder es liegen widrige Geschmackseindrücke, also sensorielle Störungen zu Grunde. Am häufigsten ist Nahrungsverweigerung der Ausdruck vollkommen darniederliegender Lebensenergie und findet sich als solcher am häufigsten bei melancholisch-marastischen Kranken.

3. Die Perversität des Nahrungstriebes. Sie findet ihr Analogon schon bei Gesunden, in den besonderen Gelüsten Schwangerer und Chlorotischer. Bei Geisteskranken ist sie die Folge entweder

a) von Wahnideen, welche die besondere Heilkraft absonderlicher und ekelhafter Dinge zum Inhalt haben und sich hierin ebenfalls mit dem weitverbreiteten Aberglauben Gesunder, z. B. der Heilkraft des Blutes Hingerichteter gegen Epilepsie, begegnen — oder

b) von einer krankhaften Umwandlung der percipirenden und appercipirenden Elemente des Geschmacks- und des nahe damit verwandten Geruchs-Apparates, verbunden mit Umnebelung des Bewusstseins überhaupt. Hierher gehört das bei verworrenen Hallucinanten und Blödsinnigen so häufige Symptom des Kothessens.

4. Die Steigerung des Geschlechtstriebes. Dieselbe kann sowohl peripherisch, als central begründet sein.

Unter centraler Begründung ist hier psychische Veranlagung zu verstehen. Bei geisteskranken Männern seltener, findet sie sich in ausgeprägterer Weise bei weiblichen Irren und zwar in maniakalischen Affektzuständen und im Wahnsinn. Im ersten Falle zeigt sie sich zumeist noch in decenter Gestalt als Koketterie, Putz- und Gefallsucht. Nicht selten nimmt sie auch eine religiös-ekstatische Richtung. — Im Wahnsinn bilden erotische und Eifersuchtsideen häufig den Inhalt der Wahnideen; die Entäusserung erfolgt nicht selten durch schmutzige Handlungen, z. B. Waschen mit Urin, Beschmieren mit Menstrualblut.

Der aus centralen Ursachen gesteigerte Geschlechtstrieb pflegt sich bei Geisteskranken immer noch decenter zu äussern und in verhüllterer Form aufzutreten, als der peripherisch begründete. Hier werden durch den unwiderstehlichen örtlichen Reiz, z. B. durch pruritus vulvae, die heftigsten auf augenblickliche Befriedigung gerichteten, vor keiner Rücksicht zurückschreckenden Begierden, die auf masturbatorischem Wege erledigt werden, ausgelöst.

Beim Mann ist der krankhaft gesteigerte Geschlechtstrieb wohl meist central begründet (Satyriasis), beim Weibe (Nymphomanie) dagegen meist peripher. Hier kann er sich zu Zuständen tobsüchtiger Aufregung mit heftigen Unlustgefühlen (furor uterinus) steigern.

5. Die Verminderung des Geschlechtstriebes ist, wo sie erst im Laufe der Psychose auftritt, wohl stets die Folge allgemein schwächender Einflüsse, wie in körperlichen Krankheiten auch. Habitueller Mangel geschlechtlicher Empfindungen kann als Zeichen organischer Belastung wichtig werden, namentlich weil damit zugleich auch das Fehlen der auf der normalen Geschlechtsempfindung sich auf-

bauenden höheren altruistischen Gefühle (Freundschaft, Liebe zum Nächsten, Mitleid, Interesse am Wohle der Menschheit) verbunden zu sein pflegt.

5. Die Perversität des Geschlechtstriebes trat als Knabenliebe bei den Alten und tritt noch heute im Orient als eine durch die Sitte geduldete Form der Geschlechtsbefriedigung auf. — Ferner zeigen alte Wüstlinge Perversitäten als Folge von Uebersättigung und impotenten Verlangens. Diese Fälle liegen somit noch auf der Breite geistiger Gesundheit.

Nicht selten aber ist sie der Ausdruck angeborener oder im frühesten Alter erworbener Veranlagung, was sich daran zu erkennen giebt, dass der perverse Trieb sich sofort schon beim Eintritt der Pubertätszeit zeigt. Er weist sich meist als geschlechtliche Zuneigung zum eigenen und Abneigung gegen das andere Geschlecht aus, wobei dann auch das gesammte Fühlen, die Vorstellungen und Gewohnheiten (mitsammt dem Selbstbewusstsein), z. B. die Art, sich zu kleiden, Beschäftigung zu suchen, dem perversen Triebe folgen. (Päderastie bei Männern, lesbische Liebe bei Weibern.) — Eine Abart ist die Befriedigung des Geschlechtstriebes an Thieren (Sodomie).

Ganz auf krankhaftem Grunde stehen die Fälle von Wollust mit Blutgier, wo die volle sexuelle Befriedigung erst mit Tödtung und Verstümmelung des Opfers eintritt (Lustmord) und die Fälle von libidinöser Leichenschändung.

B. Elementarstörungen in automatischen Handlungen.

Automatische Handlungen nennen wir solche Bewegungen, welche ursprünglich gewollt und planmässig ausgeführt mit der Zeit und öfterer Wiederholung sich auf so abgeschliffenen Bahnen bewegen, dass sie nicht mehr voll zum Bewusstsein kommen oder wenigstens ohne direkte Mitwirkung des Willens ausgeführt werden. Unsere Fertigkeiten, z. B. Schreiben, Clavierspielen u. s. w., sind aus solchen Bewegungen, die ursprünglich jede einzelne gewollt und bewusst waren, mit der Zeit aber automatisch geworden sind, wobei nur der Endzweck bewusst und gewollt bleibt, zusammengesetzt. Auch unser gesammtes Gebahren, unsere Art zu gehen, zu stehen, unsere körperlichen Gewohnheiten sind grösstentheils aus automatischen Bewegungen, die zusammen unsern Habitus ausmachen, zusammengesetzt. Alle automatischen Bewegungen aber, und dies unterscheidet sie schon äusserlich von den Reflexbewegungen, behalten den Anschein des Gewollten und Bewussten.

In einzelnen Irreseinsformen treten zu den aus dem gesunden Leben mit herübergenommenen habituellen automatischen Bewegungen

noch neue krankhafte hinzu, die aber gleichfalls, wie jene, sämmtlich den Anschein des Gewollten an sich tragen.

Am häufigsten sehen wir solche automatische Handlungen in der Tobsucht und in gewissen psychischen Schwächezuständen, besonders der sekundären Paranoia (Verrücktheit), entstehen. In der Tobsucht namentlich pflegen die Bewegungen, das Tanzen, in die Hände Klatschen, an die Thür Schlagen, fast stets den Eindruck des Absichtlichen zu machen. Aber doch handelt es sich hier keineswegs um bewusste Vorstellungen, die dem Toben vorangehen, sondern offenbar sind es direkte organische, nicht Willensreize der centrifugalen Bewegungselemente im Grosshirn, welche die Bewegungen auslösen. Dass letztere als gewollte imponiren, findet hauptsächlich darin seinen Grund, dass wir die betreffenden Muskelgruppen sonst nur bei gewollten Bewegungen in Thätigkeit zu sehen gewohnt sind.

Chronische Geisteskranke zeigen häufig automatische Bewegungen, die sich als gewisse körperliche Gewohnheiten kundgeben. So sehen wir Kranke, die zwei Schritte vor, einen zurück zu machen pflegen, andere, die den Arm mit einer schleudernden Bewegung nach oben werfen, oder die sich unaufhörlich mit der Faust auf's Knie schlagen oder zwecklose Kaubewegungen machen. Auch das gewohnheitsmässige Aufsagen stets derselben Worte und Redensarten gehört hierher. Es können hier anfänglich Vorstellungen und Hallucinationen, welche diese Handlungen auslösten, mitwirkend gewesen sein. In den ausgeschliffenen Bahnen laufen letztere dann automatisch ab, während die grundlegenden Vorstellungen längst geschwunden sind. Oder das Verhältniss kann auch umgekehrt sein, — durch Reizvorgänge in den motorischen Gewebselementen der Hirnrinde werden, ähnlich wie bei der Tobsucht, zuerst die automatischen Bewegungen ausgelöst, und an diese knüpfen sich alsdann sekundäre Vorstellungen. So kann zu der Bewegung des Rückwärtstretens die Vorstellung eines Hindernisses, zu der des emporgehobenen Armes die der nothwendigen Abwehr hinzutreten. Etwas Aehnliches findet man in der Hypnose, wo gewisse Körperstellungen bestimmte, damit verknüpfte Vorstellungen autosuggestiv zur Folge haben.

C. Elementarstörungen des gewollten Handelns.

Krankhaftes Wollen und Handeln wird beobachtet:

1. als Folge bewusster Vorstellungen. Das Gesetz der Abhängigkeit des Wollens und Handelns von Vorstellungen gilt auch für das erkrankte Gemüthsleben. Meist ist der Zusammenhang auf der Hand liegend und leicht nachzuweisen, so, wenn ein Kranker sich in Folge von Wahnideen oder Hallucinationen Ohr und Schlüsselloch

verstopft oder laut in eine Ecke schilt. Dasselbe ist auch beim Schwachsinnigen der Fall, der Knöpfe und Steine sammelt, weil er die Vorstellung von etwas sehr Werthvollem damit verbindet.

Auch von langer Hand vorbereitete complicirte Handlungen erweisen sich oft als Ergebnisse krankhaften Vorstellens, z. B. Fluchtversuche. Hierher gehören auch die Selbstmordversuche. Stets liegen ihnen Unlustgefühle mit der Vorstellung, dass es so nicht weiter gehe und dass dem Zustande um jeden Preis ein Ende gemacht werden müsse, zu Grunde.

2. als Folge unbewusster Vorstellungen. Es kommen nicht selten Fälle vor, wo Irre oder auch Menschen, die bisher für gesund gegolten haben, plötzlich die verkehrtesten Handlungen begehen, ohne dass ein Affekt oder Wahnideen und Zwangsvorstellungen beobachtet werden. Ein junger Kaufmann z. B., der sich bisher musterhaft geführt, veruntreut, obgleich er selbst reich ist, seinem Prinzipal eine grössere Summe, vergeudet den grössten Theil davon in wenigen Tagen auf die unsinnigste Weise, wirft den Rest in's Wasser und erscheint nun wieder im Geschäft, so harmlos, als sei Nichts vorgefallen. Zur Erklärung weiss er nichts Anderes anzuführen, als: er habe nicht immer Sklave sein wollen, der Mensch müsse auch einmal geniessen, er könne den Schaden ja leicht ersetzen, den Rest des Geldes habe er deshalb fortgeworfen, weil er genug genossen gehabt und es jetzt wieder Zeit zum Arbeiten sei. — Oder ein Irrer, der bisher ruhig und anständig im Garten gearbeitet hat, schält die Rinde der jungen Obstbäume ab und verstümmelt ihre Kronen, offenbar, ohne selbst zu wissen warum, obgleich er später, zur Rede gestellt, sich damit ausredet, er habe sehen wollen, ob der Saft schon triebe.

Die Deutung solcher Erscheinungen muss in Folgendem gesucht werden: Es liegen allerdings auch hier dem Handeln Vorstellungen zu Grunde, aber keine bewusste, sondern unbewusste. Auch die Motivirung bleibt unbewusst, und nur das Endresultat, nämlich die Handlung, springt in's Bewusstsein. Insofern nun die Vorstellung selbst schon einem kranken Untergrund entstammt, muss auch die Handlung eine verkehrte sein. Man darf sich hier nicht dadurch täuschen lassen, dass die Kranken hinterher selbst ihre Handlung zu motiviren und zu rechtfertigen suchen. Dies geschieht sogar häufig mit grossem Aufwande von Gründen und lautem Redeschwalle. Aber diese nachträgliche Motivirung ist nicht die wahre, echte, noch in der Tiefe des Unbewussten schlummernde, sondern vom Kranken zur Beschönigung des Geschehenen willkürlich zurechtgemacht. Er selbst glaubt nicht daran, und die That bleibt ihm ein Räthsel.

Die französischen Irrenärzte bezeichnen diese, hauptsächlich bei

belasteten Individuen vorkommende Form des Handlungenwahnsinns mit dem Namen: Folie raisonnante.

Krankhaftes Wollen kann sich ferner kundgeben als gesteigertes oder verringertes Wollen.

a) Gesteigertes Wollen findet sich in Affektzuständen der Manie. Es entspringt direkt aus dem krankhaft gesteigerten Selbstgefühl, das Alles für erreichbar hält, und wächst um so mächtiger empor, als controllirende Vorstellungen von der Nützlichkeit und Erreichbarkeit des Gewollten fehlen und die Vorstellungen sich rasch in Handlungen umsetzen.

b) Verringertes Wollen (Abulie) trifft man im Blödsinn in Folge des Niederganges des Vorstellungslebens und aller geistigen und gemüthlichen Interessen überhaupt, am häufigsten aber in der Melancholie.

In der Melancholie kann zwar lebhaftes Wollen vorhanden sein, aber wegen verschiedener Hemmungen vermag es sich nicht in Handlungen umzusetzen.

Die Hemmungen können begründet sein:

1. in dem erschwerten Umsatze von Vorstellungen in Handlungen. Der Kranke versucht hier wohl, den Bann zu brechen und die gewollte Bewegung auszuführen, bewegt z. B. die Lippen zum Sprechen, bringt es aber nicht fertig.

2. in den Unlustgefühlen des Affektes selbst. Die Vorstellung des Handelns ist dem Kranken schmerzhaft und vermehrt seine Unlustgefühle. Er verzichtet deshalb darauf, ebenso wie man es vermeidet, mit einem schmerzenden Gliede Bewegungen vorzunehmen.

3. in der krankhaften Vorstellung der Unerreichbarkeit des Gewollten. Das Selbstgefühl ist so erniedrigt, dass der Kranke von vornherein am Gelingen verzweifelt. Er wagt z. B. nicht, eine Bitte auszusprechen, weil er meint, er verdiene deren Erfüllung nicht.

4. in Contrastvorstellungen, die sich gegenseitig das Gleichgewicht halten; z. B. der Kranke will sprechen, sich bewegen, essen, aber die Vorstellung, es könne ein Unglück daraus entstehen, hält ihn davon ab.

Gesteigertes Wollen kann mit verringertem verwechselt werden, wo der Kranke in Folge von Wahnideen regungslos verharren will. Er wähnt z. B. seine Beine seien von Glas oder er sei der Mittelpunkt der Welt. Hier ist die scheinbare Handlungslosigkeit vielmehr gerade eine Willensentäusserung. Der Kranke will in dieser Stellung verharren, um sich vor Schaden zu bewahren und setzt die dazu erforderlichen Muskelgruppen in Spannung.

Zweiter Abschnitt.

Die körperlichen Elementarstörungen und Begleiterscheinungen.

Fünftes Kapitel.

Elementarstörungen im vegetativen System.

A. Die Respiration.

Die Veränderungen der Respiration haben nur nebensächliche Bedeutung. Bei Melancholikern pflegt sie oberflächlich und langsam, bei Maniakalischen und Tobsüchtigen wegen der stark angespannten Muskelthätigkeit rascher und ergiebiger zu sein. Bei apoplektischen Anfällen und anderen tieferen Gehirnleiden kann sie den Charakter des Cheyne-Stokes'schen Phänomens annehmen.

B. Die Ernährung.

In akuten Psychosen pflegt die Verdauung darnieder zu liegen. Namentlich in der Melancholie giebt sich Magencatarrh durch gelblich dick belegte Zunge und Appetitlosigkeit kund, welche Zustände alsdann nicht selten zu Vergiftungswahnideen allegorisirt werden.

Das Körpergewicht ist von grösster diagnostischer und prognostischer Bedeutung. Man darf folgende Erfahrungssätze aufstellen:

1. Das Körpergewicht sinkt constant in allen frischen Erkrankungen, und zwar desto rascher, je grösser die Nahrungsenthaltung ist.

2. Es sinkt ferner meist (nicht jedesmal) im periodischen und circulären Irresein (s. Kap. 15), und zwar beim Beginn des Cyclus.

3. Es steigt oft sehr rasch bei eintretender Reconvalescenz. Oft ist die Zunahme das erste sichtbare Zeichen der letzteren und darum prognostisch sehr wichtig.

4. Es steigt beim Uebergang affektiver Formen in unheilbare psychische Schwächezustände, alsdann meist langsam, allmählich, nach einem parabolischen Stadium.

Um die unter 3. genannte günstige Bedeutung zu gewinnen, müssen daher zur Gewichtszunahme noch andere Zeichen der Rekonvalescenz, namentlich auf psychischem Gebiete, hinzutreten.

5. Es steigt mitunter im periodischen oder circulären Irresein beim Eintritt in die manikalische Phase.

Gewisse tiefgehende Ernährungsstörungen werden nur bei gleichzeitigem, schwerem Gehirnleiden beobachtet, andere sind geradezu charakteristisch als häufige Begleiter des Irreseins überhaupt.

Zu ersteren gehört der schwere akute Decubitus, theils als Kreuzbein-Decubitus, theils bei Heerderkrankungen des Gehirns als Decubitus der Hinterbacke und zwar jedesmal auf der der Lähmung gleichnamigen Seite auftretend.

Zu letzteren ist die mit Schwund der Kalksalze einhergehende Brüchigkeit der Knochen, vornehmlich der Rippen und des Sternums zu rechnen Die Zerstörung erstreckt sich auch häufig auf die Knorpel, welche in eine sulzige Masse verwandelt werden Geringfügige mechanische Einwirkungen, z. B. ein schwacher Druck mit der flachen Hand auf den Brustkorb, genügen alsdann, um eine ganze Reihe Rippen zugleich zu zerbrechen.

Aehnlich verhält es sich mit der Othämatom genannten Blutgeschwulst der Ohrknorpel. Um sie sichtbar zu machen, bedarf es einer Verletzung, z. B. eines Schlages an's Ohr, oder, was viel häufiger der Fall zu sein pflegt, dass der Kranke auf der umgebogenen Ohrmuschel gelegen hat. Aber die trophische Entartung des Ohrknorpels muss vorangegangen sein, sonst kommt nach mechanischen Insulten so leicht kein Othämatom zu Stande.

Die trophische Entartung der Knochen und Knorpel kommt nur bei herabgekommenen Kranken, z. B. in der marastischen Melancholie und in der Paralyse vor. Othämatome, wenn sie bei scheinbar noch leidlich gut genährten Kranken auftreten, gelten darum mit Recht prognostisch als ungünstige Vorzeichen.

Zu erwähnen sind ferner gewisse Ernährungsstörungen der Haut und der epidermoidalen Gebilde. Trockenheit und Rissigkeit der Epidermis und der Nägel, Schwund des Haarpigments, wodurch vorzeitiges Grauwerden eintritt, wird bei Stuporösen und bei Blödsinnigen beobachtet. Bei Paralytikern ist Herpes zoster kein seltener Befund. — Alle diese Ernährungsstörungen lassen die Mitbetheiligung des vasomotorischen Systems erkennen.

Diejenigen trophischen Abweichungen, welche man als Bildungsanomalien bezeichnet, werden wir später im Zusammenhange mit den klinischen Zeichen besprechen.

C. Die Sekretionen.

Wie wir schon (s. Kap. 1) gesehen haben, sind in der Melancholie die Sekretionen verringert, in der Manie entweder vermehrt oder quantitativ unverändert.

Mangelnde Thränensekretion ist deshalb bei Melancholikern die Regel. Der Melancholiker kann nicht weinen, was mit seinem Affekt oft einen sehr auffallenden Contrast bildet. Deshalb ist der erste Thränenerguss oft ein sehr erwünschtes Zeichen beginnender Reconvalescenz.

Die Urinabsonderung findet sich vielfach qualitativ verändert. So hat man (Rabow) die Menge der Chloride und des Harnstoffs bei Melancholikern vermindert, dagegen bei Paralytikern im Anfange vermehrt gefunden, während sie später wieder sinkt, ebenso im sekundären Blödsinn. — Die Menge der Phosphorsäure hat man in der Regel bei chronischen Hirnkranken verringert gefunden (Mendel), auch in der Tobsucht. Sehr schwerer Urin (bis 1030) mit Vermehrung der Phosphor- und Schwefelsäure fand sich in dem Stadium der Paralyse, wo trotz starker Nahrungsaufnahme rapide Gewichtsabnahme stattfindet. — Eiweiss wurde in der Epilepsie, Paralyse, akutem und chronischem Alkoholismus u. s. w. gefunden.

Diagnostische Bedeutung haben diese Erfahrungen wohl noch nicht gewonnen.

Störungen der Menstruation kommen häufig in frischen Fällen, dagegen sehr selten in chronischen zur Beobachtung. Sie sind der Ausdruck gestörter Allgemein-Ernährung oder örtlicher Erkrankung. Letzteres gilt namentlich von profusen Blutungen. Sonst ist Amenorrhöe die stete Begleiterin frischer Psychosen. Der Wiedereintritt der Menstruation kann ein werthvolles prognostisches Merkmal der beginnenden Rekonvalescenz sein, aber nur, gerade wie die Zunahme des Körpergewichts, wenn sie von anderen Zeichen unterstützt wird.

Steigerung der Speichelsekretion (Ptyalismus) ist eine wichtige Begleiterscheinung des Irreseins. Die Thätigkeit der Speicheldrüsen ist einerseits vom N. Trigeminus und Facialis, andererseits vom N. Sympathicus abhängig. Reizungen der ersteren ergeben einen wässrigen, an festen Stoffen armen, die des letzteren umgekehrt einen zähen, an festen Stoffen reichen Speichel (Eckhardt). Dementsprechend hat man (Stark) auch am Krankenbett die bestätigende Erfahrung gemacht, dass Trigeminusaffektionen, z. B. Neuralgieen, dünnen wässerigen Speichelfluss im Gefolge haben, während geschlechtliche Reizzustände von zähem Speichelflusse begleitet waren, — ein Unter-

schied, der für die Differentialdiagnose unter Umständen von Wichtigkeit werden kann.

D. Die Eigenwärme.

Geisteskrankheiten pflegen ohne Fieber zu verlaufen, falls nicht etwa akut entzündliche Zustände des Gehirns oder intercurrente Entzündungen anderer Organe, z. B. der Lungen, vorliegen.

Doch kommen nicht selten vorübergehende Temperatursteigerungen bei congestiven und Reizzuständen des Gehirns vor, so in Begleitung des epileptischen Anfalls, bei Blutungen der Hirnhäute in der Paralyse, beim Delirium acutum und endlich als prämortale Erscheinung. Auch periphere Reize, wie Stuhl- oder Harnverhaltung, können bei geschwächten und reizbaren Kranken beträchtliche Temperatursteigerungen zur Folge haben.

Subnormale Temperaturen werden noch häufiger beobachtet. Theils sind sie auf verringerte Wärmeerzeugung, z. B. bei Blödsinnigen, Stuporösen und Paralytikern durch mangelnde Bewegung und allgemeines Darniederliegen der Lebensthätigkeiten, — theils auf gesteigerten Wärmeverlust, z. B. bei Tobsüchtigen, in Folge rücksichtsloser Entblössung und fehlender Bettwärme zurückzuführen. Wahre Collapstemperaturen ferner kommen in allen Schwächezuständen als frühes prämortales Symptom oft mehrere Tage vor dem Tode vor.

E. Das vasomotorische System.

Das vasomotorische System steht nicht blos den vegetativen Vorgängen des Organismus vor, sondern es hat auch, wie wir im 1. Kapitel gesehen haben, direkte und unmittelbare Beziehung zu den Affekten, indem hier Gefässverengerungen und -Erweiterungen eine wesentliche Rolle spielen. Wenn schon hierdurch die grosse Wichtigkeit des vasomotorischen Systems für das Seelenleben zur Genüge hervorgeht, so darf man ihm auch geradezu direkten Einfluss auf die Entstehung von Geisteskrankheiten zuschreiben. Denn die Ernährungsstörungen des Gehirns, von der einfachen Hyperämie und Anämie bis zu Stauungen und entzündlichen Ausschwitzungen sind im letzten Grunde doch nur Wirkungen der vasomotorischen Nerven. Ist die von diesem gesetzte Gefässverengerung oder -Erweiterung von kurzer Dauer, so wird, wie wir uns denken dürfen, auch nur ein vorübergehender Affekt erzielt, — währt sie längere Zeit, so wird sie auch dauernde Zustände, beziehungsweise Geisteskrankheiten, zur Folge haben. Diesen Erwägungen steht auch die klinische Erfahrung zur Seite. So giebt es Melancholieen, bei denen der kleine spastische Puls, die kalte lividgefärbte Haut, die fehlende Lebensenergie in den

gefurchten Zügen und dem erloschenen Auge geradezu auf die Annahme einer chronischen vasomotorischen Gefässverengerung hinweist. Nicht minder finden wir mitunter, wenn auch seltener, in maniakalischen Zuständen in dem voller fluthenden Pulse, der gerötheten Gesichtsfarbe und dem leuchtenden Auge die Zeichen dauernder Gefässerweiterung.

Die durch den Sphygmographen gemessene Pulscurve giebt ein Bild von dem jeweiligen Stande der mittleren Erregbarkeit des vasomotorischen Systems. Wulff verdanken wir die ersten genauen Pulsmessungen Geisteskranker. Das Resultat derselben ist, dass der pulsus celer katatricrotus des Gesunden in den verschiedenen Stadien der Psychose, namentlich in vorgerückten Schwächezuständen, eine charakteristische Reihe von Veränderungen durchläuft. Im Allgemeinen tritt Tardität ein, sodass man den pulsus tardus geradezu als constantes Symptom in Geisteskrankheiten aufstellen kann. Der mittlere Ausdruck desselben ist der pulsus tardus planus. Geübte können also aus der Pulscurve die Diagnose vervollständigen und auch Schlüsse auf die Prognose ziehen. Denn einerseits zeigen geheilte Fälle niemals andauernd tarde Pulsphasen, andererseits sind bei Kranken, die später in unheilbare Schwächezustände verfielen, solche schon zu einer Zeit, wo andere Hilfsmittel noch im Stich liessen, beobachtet worden.

Sechstes Kapitel.

Elementarstörungen im animalen System.

A. Die sensible Sphäre.

1. Anästhesien im Bereiche der Hautnerven sind bedingt:
 a) durch herabgesetzte Reizempfänglichkeit des reizaufnehmenden peripheren Organs, also der Endungen (Anfänge) der sensiblen Nerven.
 b) durch herabgesetzte Reizempfänglichkeit der centralen Ganglien, bezw. durch Störungen der Apperception.

Ob die eine oder andere Ursache vorliegt, wird sich diagnostisch kaum entscheiden lassen.

Anästhesien sind häufige Begleiter des stuporösen Irreseins und pflegen sich alsdann sowohl auf die Tast- und Schmerzempfindung, als auf den Temperatursinn zu erstrecken.

Aufgehobene oder stark verminderte Schmerzempfindung (Analgesie) ist wohl meist central, d. h. psychisch bedingt. Sie kommt im affektiven Irresein vor, wo die Aufmerksamkeit des Kranken anderweitig, nämlich mit dem eigenen Seelenschmerze, so intensiv beschäftigt ist,

dass andere periphere Reize, und wären sie noch so mächtig, keinen grossen Eindruck machen. Dies beweisen die oft mit grossem Raffinement und staunenswerther Ausdauer in's Werk gesetzten Selbstverstümmelungen Irrer, z. B. Castrirungen, Selbstkreuzigungen u. s. w. — In stuporösen und Blödsinnszuständen ermöglicht Analgesie und die in ihrer Begleitung auftretende Unaufmerksamkeit auch unabsichtliche Unglücksfälle, wie Verbrennungen, Verbrühungen, Quetschungen u. dergl.

Anästhesien gehören zu denjenigen Zuständen, die vorzugsweise gern in wahnhafter Weise umgedeutet werden. So werden Anästhesien der unteren Extremitäten als Glasfüsse, allgemeine Anästhesien in den Wahn, verstorben zu sein, allegorisirt. Ist zugleich der Muskelsinn aufgehoben, so kann die Wahnidee, das betreffende Glied fehle ganz und gar, entstehen. Dem sehr häufigen Wahn, dass die Eingeweide, die Knochen fehlten, sodass der Körper nur noch aus einem leeren Hautlappen bestände, scheinen ähnliche Ausfallserscheinungen in den centripetalen Leitungen der inneren Organe zu Grunde zu liegen.

2. Hyperästhesien sind ebenfalls

a) entweder peripher durch erhöhte Reizempfänglichkeit der reizaufnehmenden centripetalen Fasern oder

b) central durch Affektion der vorstellenden (schmerzempfindenden) Ganglien bedingt.

Auch Hyperästhesien, die sich übrigens nicht jedesmal als Schmerz zu äussern brauchen, sondern oft nur ungewohnte lokale Empfindungen darstellen, sind wichtige körperliche Elementarsymptome des Irreseins, namentlich in gewissen Wahnsinnsformen und der Hypochondrie (s. Kap. 16). Hier wird durch periphere Vorgänge, die bei Gesunden vielleicht unbeachtet vorübergehen würden, zuerst die ohnehin schon gespannte Aufmerksamkeit noch höher erregt und auf diesen Punkt gerichtet. Bei öfterer Wiederholung und längerer Dauer wird alsdann die Wahrnehmung umgedeutet und zu allgemeinen Wahnideen umgebildet. Mitunter genügt schon die lebhafte, mit Affekt, z. B. mit Furcht, verbundene Vorstellung, um periphere Sensationen hervorzurufen, — was ja bekanntlich auch bei Gesunden als sogenannte Wirkung der Einbildungskraft keine seltene Erscheinung ist.

3. Neuralgien stehen gleichfalls häufig im engsten Zusammenhang mit Geisteskrankheiten.

a) Sie verursachen, ebenso wie Anästhesien und Hyperästhesien, allegorisirende Wahnideen.

b) Sie irradiiren auf Centraltheile des Gehirns und erzeugen auf diese Weise Psychosen, entweder vorwiegend affektiven oder hallucinatorischen Charakters.

Aehnlich wie Neuralgien verhalten sich ferner Sensationsanomalien innerer Organe, die gleichfalls durch Irradiation auf das Centrum frische Psychosen oder periodische Verschlimmerungen bereits bestehender bewirken. Es kann dies geschehen, ohne dass dem Kranken die ursprünglichen peripheren Vorgänge voll in's Bewusstsein kommen, z. B. bei Anomalien der weiblichen Geschlechtssphäre, wo Orgasmus und peripherer Nervenreiz hauptsächlich erst durch das Eintreten einer mehr oder weniger ausgebildeten psychischen Störung sich kundgiebt. Man bezeichnet derartige Zustände mit dem Namen Reflexpsychosen.

Wir sehen zugleich, dass Anästhesien, Hyperästhesien und Neuralgien nicht blos als Elementarsymptome, sondern auch als Ursachen des Irreseins aufzufassen sind.

B. Die motorische Sphäre.

1. Lähmungen, sowohl der Extremitäten- als der Gesichtsmuskeln, halb- oder doppelseitige, sind als Symptome peripheren oder centralen Nervenleidens sehr häufige Begleiter des Irreseins. Namentlich gilt dies für Krankheiten, welche, wie die Paralyse und der chronische Alkoholismus, mit diffusen oder heerdartigen Hirn- und Rückenmarkskrankheiten einhergehen.

Zu den Lähmungen sind auch die durch Rückenmarkserkrankungen oder psychisch durch Verlust von Bewegungserscheinungen gesetzten Coordinationsstörungen zu rechnen.

Die Diagnose ist nach den allgemeinen Regeln für Nervenuntersuchungen zu stellen.

2. Zittern kommt in beiden Gestalten, nämlich als Lähmungs- und als Krampfzittern vor. Als Lähmungszittern sehen wir es in der Paralyse und der multiplen Sklerose, sowie solchen Irreseinszuständen, die mit Paralysis agitans gepaart vorkommen, wie dies nicht selten bei alten marastischen und schwachsinnigen Personen der Fall ist. Vorübergehend wird es auch bei allgemeinen Schwächezuständen beobachtet. — Das Krampfzittern, dessen Typus im gesunden Leben der Frostschauer darstellt, findet man vorzugsweise im akuten, wie chronischen Alkoholismus.

3. Krämpfe. Allgemeine klonische Krämpfe mit Störung des Bewusstseins sind epileptoiden Ursprungs, halbseitige Krämpfe Zeichen von Heerderkrankung oder Cortikalreizung durch Bluterguss in die Hirnhäute u. dergl. Sie werden nicht selten bei syphilitischen Hirnaffektionen beobachtet.

Ein lästiges Symptom ist der sich als Zähneknirschen bemerkbar machende Krampf der Kaumuskeln, der in der Paralyse und

anderen cerebropathischen Irreseinsformen auftritt und lange Zeit anzuhalten pflegt.

4. Die tetänische Flexorenspannung ist eine auf die Flexoren, Adductoren und Pronatoren beschränkte, niemals aber auf die Extensoren und Supinatoren sich erstreckende starre Muskelzusammenziehung von chronischer Dauer, wodurch die Glieder stark gebeugt werden. Meist beginnt das Symptom in den Oberextremitäten. Die Kranken halten den Vorderarm im rechten und später im spitzen Winkel gebeugt; der passive Widerstand der Muskeln ist nur schwer zu überwinden. Bei weiterem Fortschreiten des Leidens werden allmählich auch die übrigen Extremitäten, Kopf, Rumpf, und endlich auch die Gesichtsmuskeln befallen. Die Glieder zeigen sämmtlich vollendete Flexionsstellung, der Kopf ist auf die Brust herabgezogen, der Rücken gekrümmt, die ganze Figur kugelig zusammengezogen, die Gesichtszüge zeigen eine eigenthümliche, gespannte und dabei verdrossene Miene.

Die anatomische Grundlage ist noch unklar. Offenbar bestehen Spannungserscheinungen in den Centren; ob aber solche durch sensible Reize ausgelöst werden, ist noch nicht ausgemacht.

In der Melancholie und ihren Folgezuständen, beziehungsweise der sekundären Paranoia und dem sekundären Blödsinn wird die Flexorenspannung am häufigsten beobachtet. (S. 15. Kap., H. Die Katatonie.)

5. Die Katalepsie. Unter Katalepsie versteht man einen Zustand der Muskeln, wo dieselben der passiven Bewegung einen leichten gleichmässigen Widerstand entgegensetzen, alsdann aber in dem angenommenen Tonus verharren, sodass die Glieder die gegebene Stellung so lange beibehalten, bis sie schliesslich durch die Schwerkraft herabgezogen werden. Da man den Gliedern jede beliebige, innerhalb der Grenzen normaler Bewegungsfähigkeit liegende Stellung geben und damit wechseln lassen kann, so spricht man auch von einer wächsernen Biegsamkeit. Die kataleptische Starre der einzelnen Glieder währt so lange, bis sie von der Schwerkraft überwunden ist, was eine Viertel- oder halbe Stunde und darüber währen kann. Die kataleptische Disposition aber, d. h. die Neigung des Kranken, sich jederzeit in kataleptische Starre versetzen zu lassen, ist ein chronischer Zustand.

Wie die Flexorenspannung, ist auch die Katalepsie offenbar auf centrale, möglicherweise durch sensible Reize gesetzte Spannungsverhältnisse zu beziehen.

Die Katalepsie findet sich in den verschiedensten Formen des Irreseins, nämlich sowohl in frischen heilbaren Fällen von Melancholie und Stupor, wie in veralteten Fällen von Paranoia und Blödsinn.

Siebentes Kapitel.

Störungen der Sprache und Handschrift.

Störungen der Sprache und Handschrift gehören theils zu den motorischen Störungen, indem sie einfache Articulationsbehinderungen mit Lähmungen darstellen, theils sind sie psychischen Ursprungs. In einem inneren Zusammenhange stehen sie, indem die Schriftsprache gegen die Lautsprache als eine höhere Ausdrucksform betrachtet werden kann. Auch werden sie mehrfach zusammen angetroffen

A. Die Störungen der Sprache.

Die reinen Articulationsstörungen sollen hier nicht weiter erörtert, sondern nur die psychischen besprochen werden.

Die gleichfalls, wie jene, durch Erkrankung der Hirnrinde bedingten psychischen Sprachstörungen kann man nach Kussmaul („Die Störungen der Sprache“) in dysphasische und dysphrasische eintheilen.

1. Dysphasische Sprachstörungen. Unter ihnen begreift man:
 a) die reinen Aphasien, meist amnestischen Charakters, die sich in Hirnkrankheiten mit vorwiegend psychischen Symptomen, also in der Paralyse (s. Kap 19), im traumatischen Irresein (s. Kap. 20) und mitunter auch im epileptischen Irresein (s. Kap. 16) finden.
 b) die Aphasien, welche sich als Agraphie, Paragraphie, Alexie und Paralexie, sowie als Worttaubheit und Wortblindheit kundgeben und die sich wiederum am häufigsten in der Paralyse vorfinden.
2. Dysphrasische Sprachstörungen. Sie geben sich kund:
 a) in Veränderung des Sprachtempos. Die Sprache ist verlangsamt bei Melancholie und Blödsinn, in ersterer wegen der die psychischen Thätigkeiten belastenden Hemmung, in letzterem wegen des Mangels an Vorstellungen und der Schwierigkeit, dieselben logisch zu ordnen. Der höchste Grad der Hemmung oder des Vorstellungsmangels giebt sich als Stummheit kund. In diagnostischer Beziehung darf dabei nicht übersehen werden, dass Stummheit auch bei Verrückten in Folge verbietender Hallucinationen oder von Wahnideen vorkommt. — Die Sprache ist beschleunigt bei Maniakalischen in Folge rascheren Ideenflusses. Derselbe kann so rapide vor sich gehen, dass auch die Sprache schliesslich nicht mehr folgen kann. Es werden dann nicht mehr logische Sätze, sondern nur noch abgerissene Worte und Interjectionen gebraucht. Schliesslich entsprechen die gebrauchten Laute

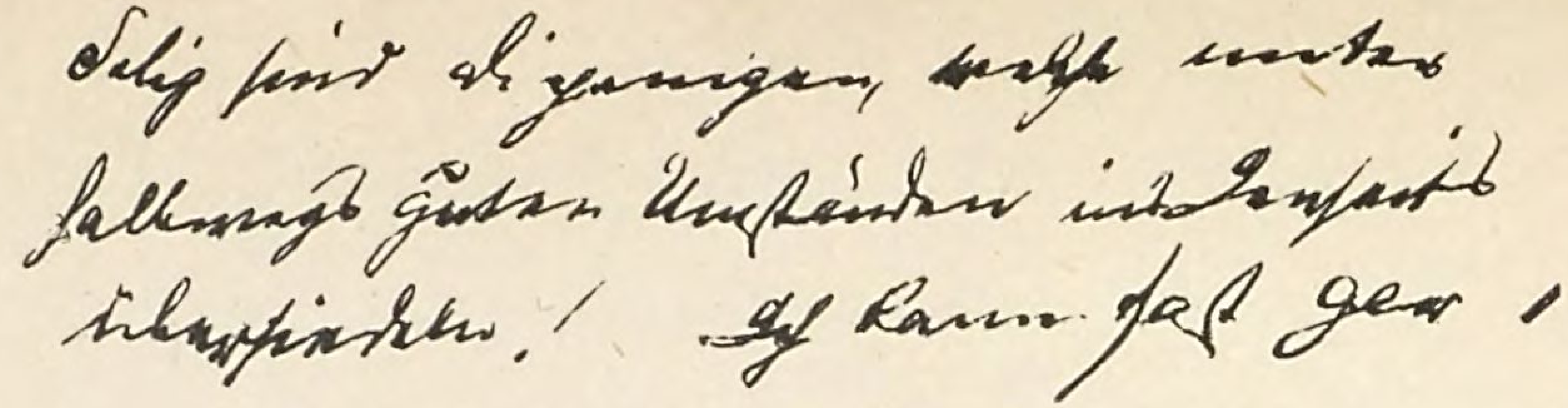


Fig. 1a. Handschrift eines Kranken im melancholischen,

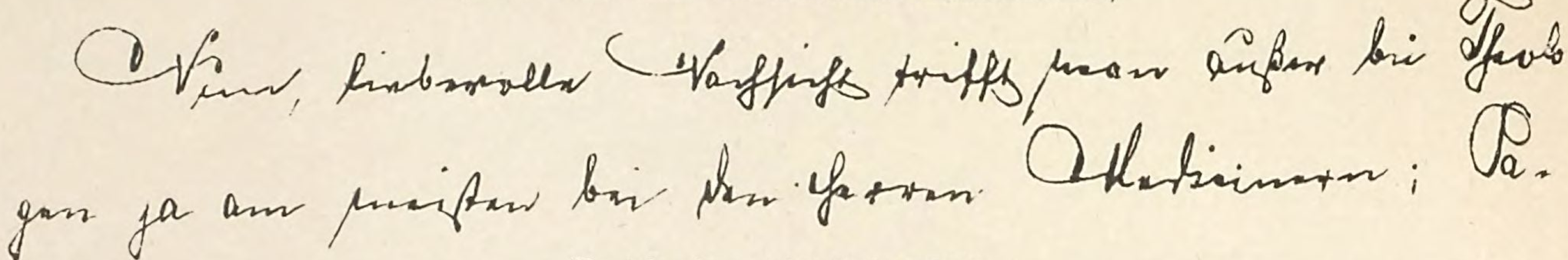


Fig. 1b. im maniakalischen Stadium.

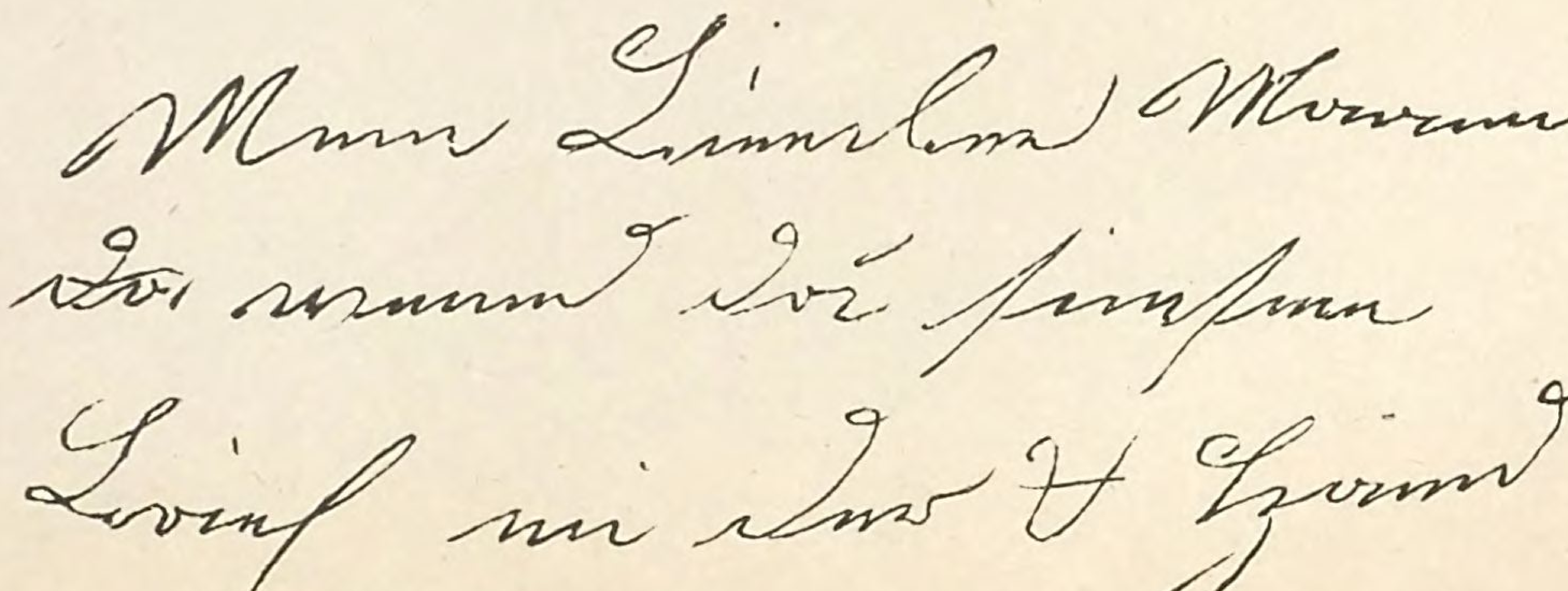


Fig. 2. Ataktisch-dysgrammatische Handschrift eines Paralytikers.

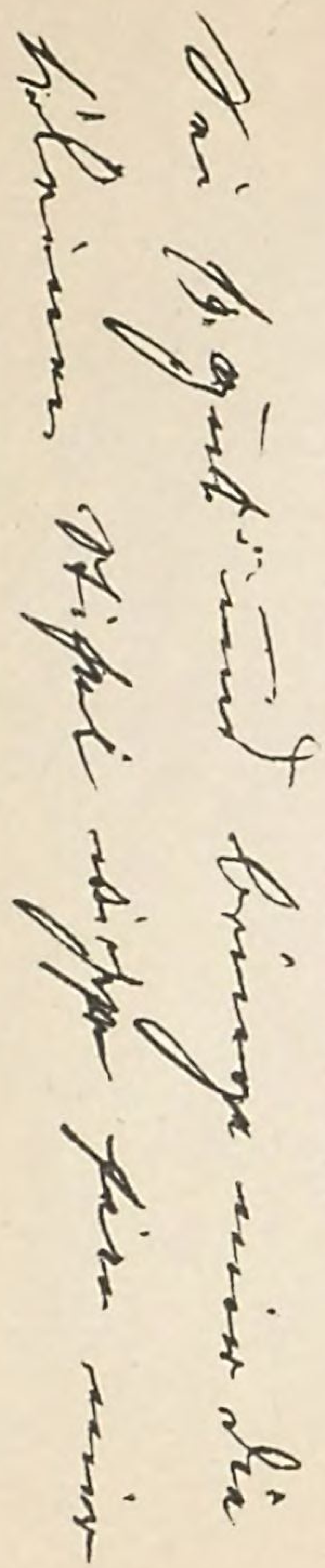


Fig. 3. Ataktische Handschrift eines Trinkers.

Lith. Anst. v. E. A. Funke, Leipzig.

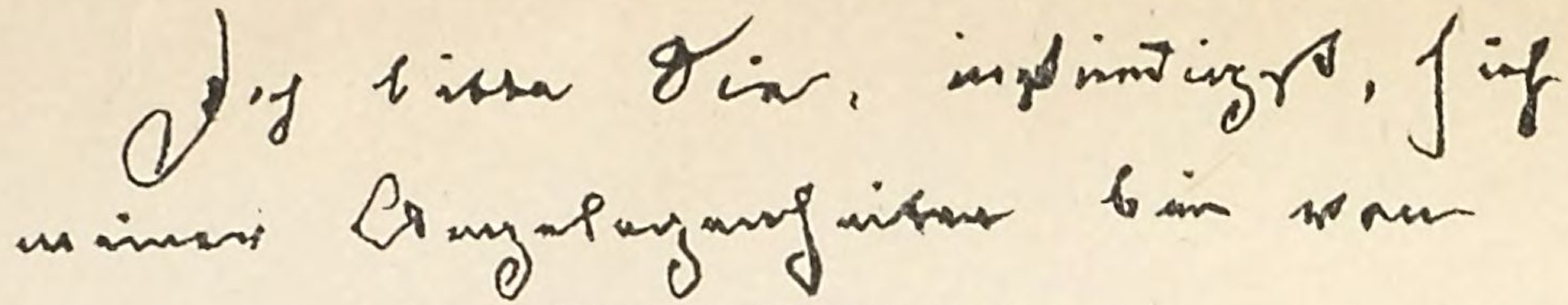


Fig. 4. Zitterhandschrift eines Trinkers.

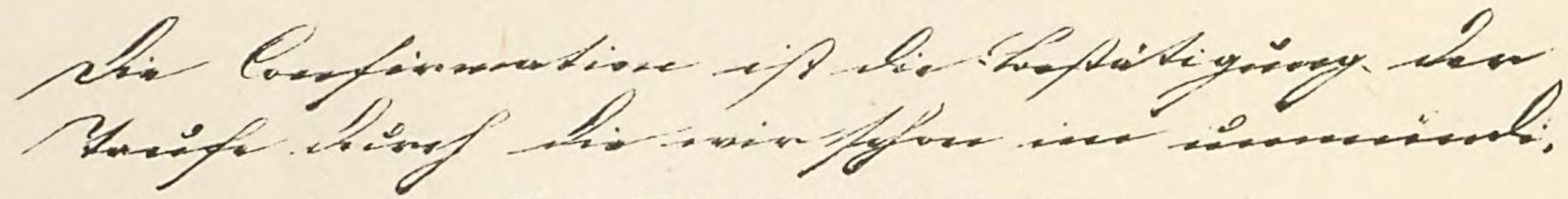


Fig. 5. Handschrift einer Sklerotischen.
a. vor der Erkrankung.

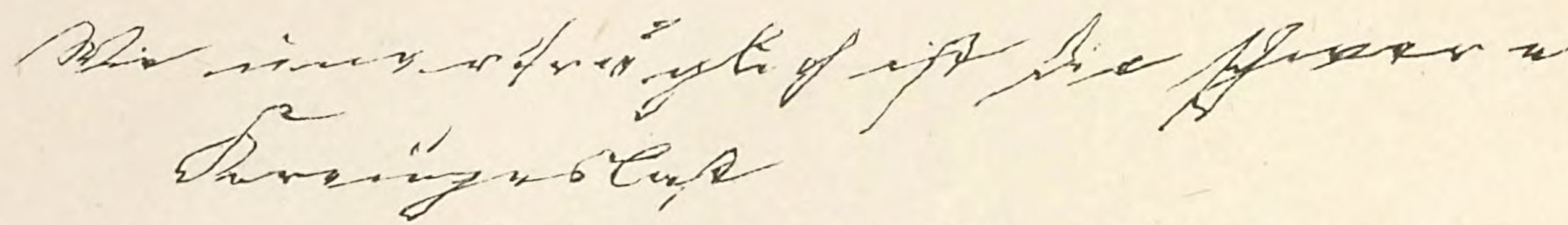
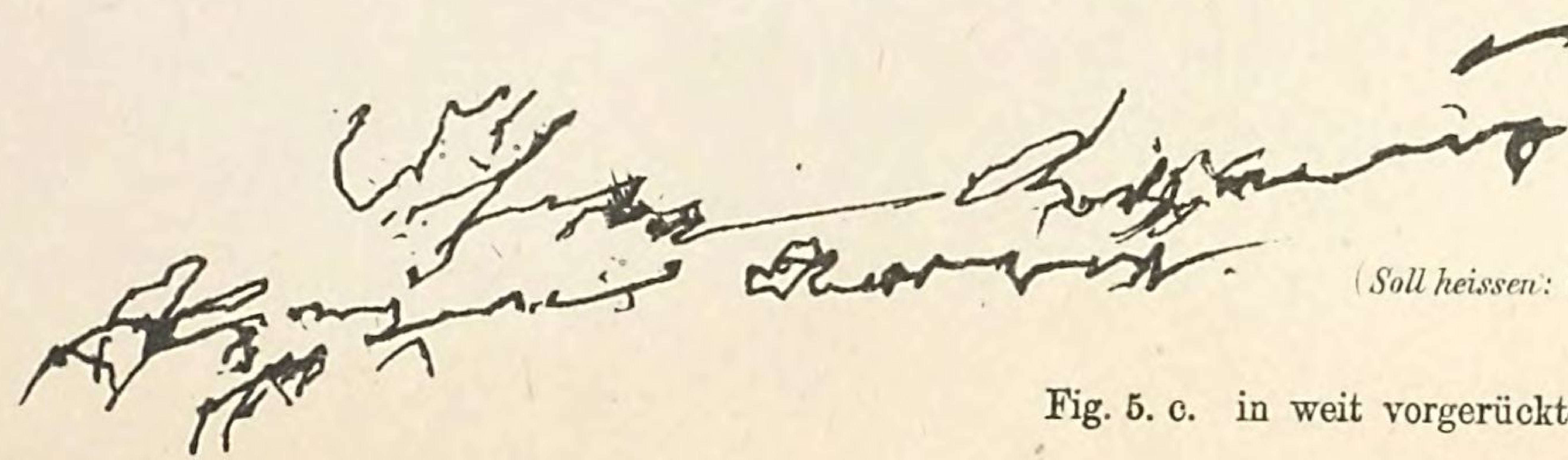


Fig. 5. b. im Beginn der Erkrankung.



(Soll heissen: *Ohne Kreuz keine Krone.*)

Fig. 5. c. in weit vorgerücktem Stadium (Zitterhandschrift).

Lith. Anst. v. E. A. Funke, Leipzig.

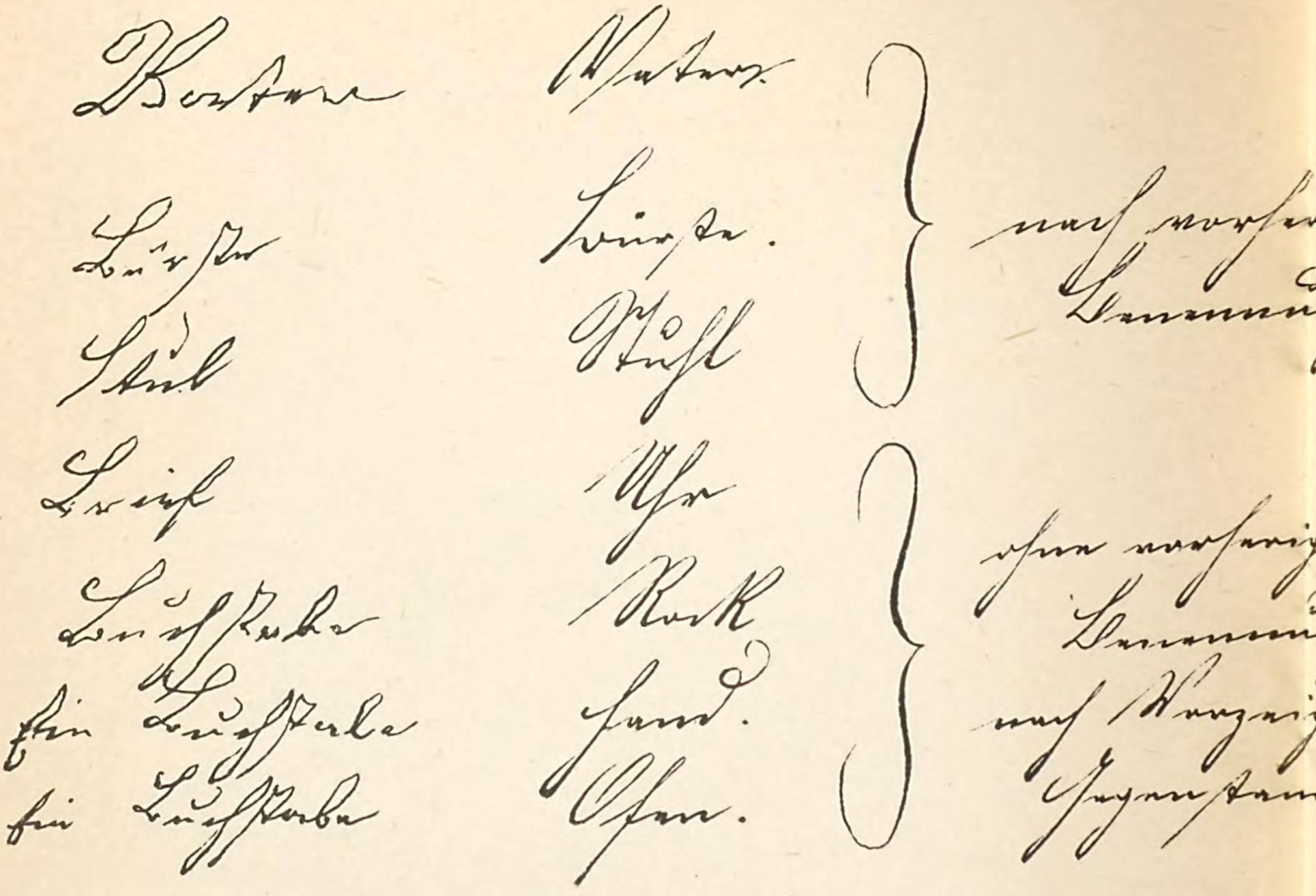


Fig. 6. Dysgrammatisch-paraphrasische Handschrift eines Apoplektikers.

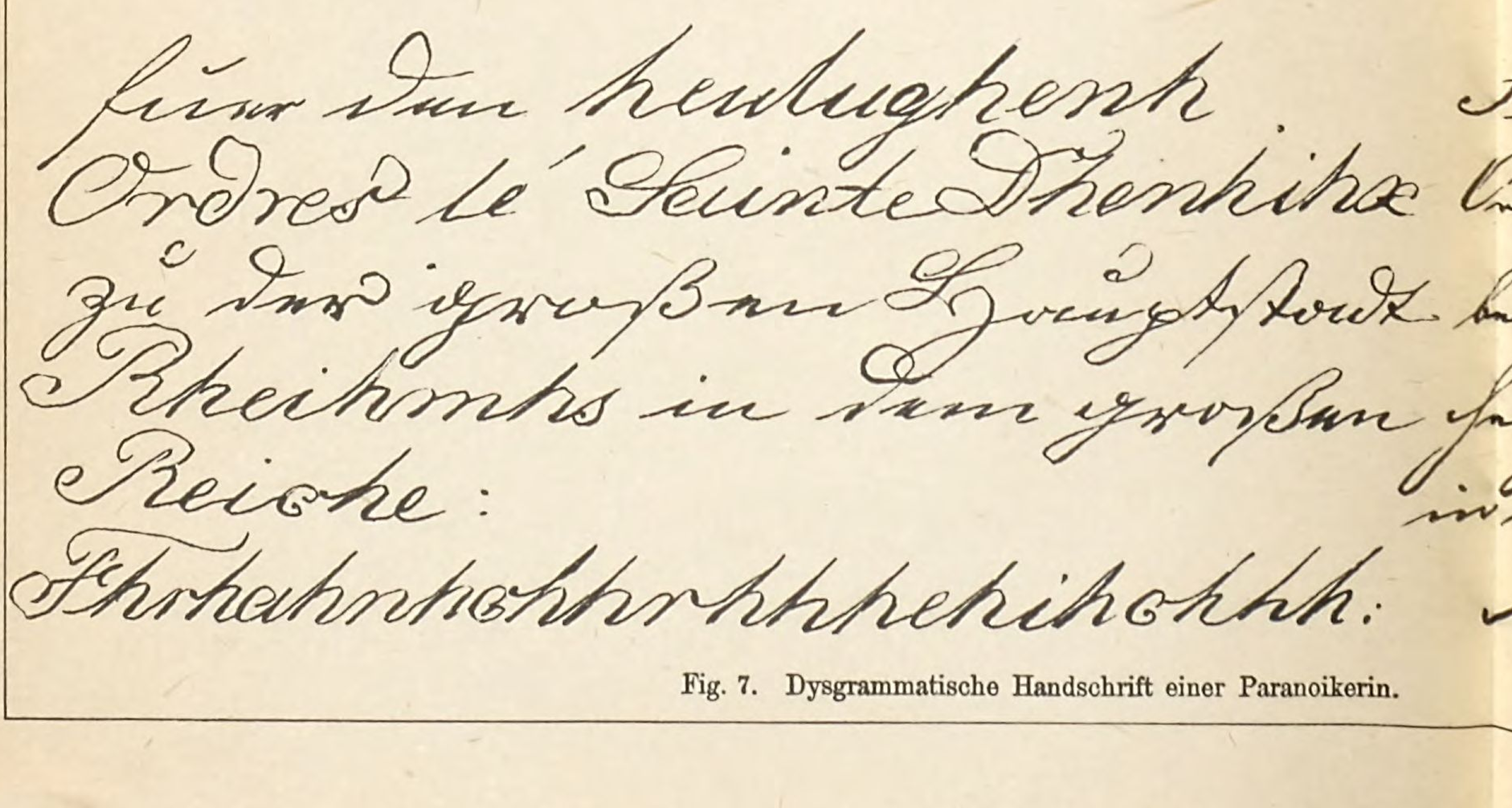
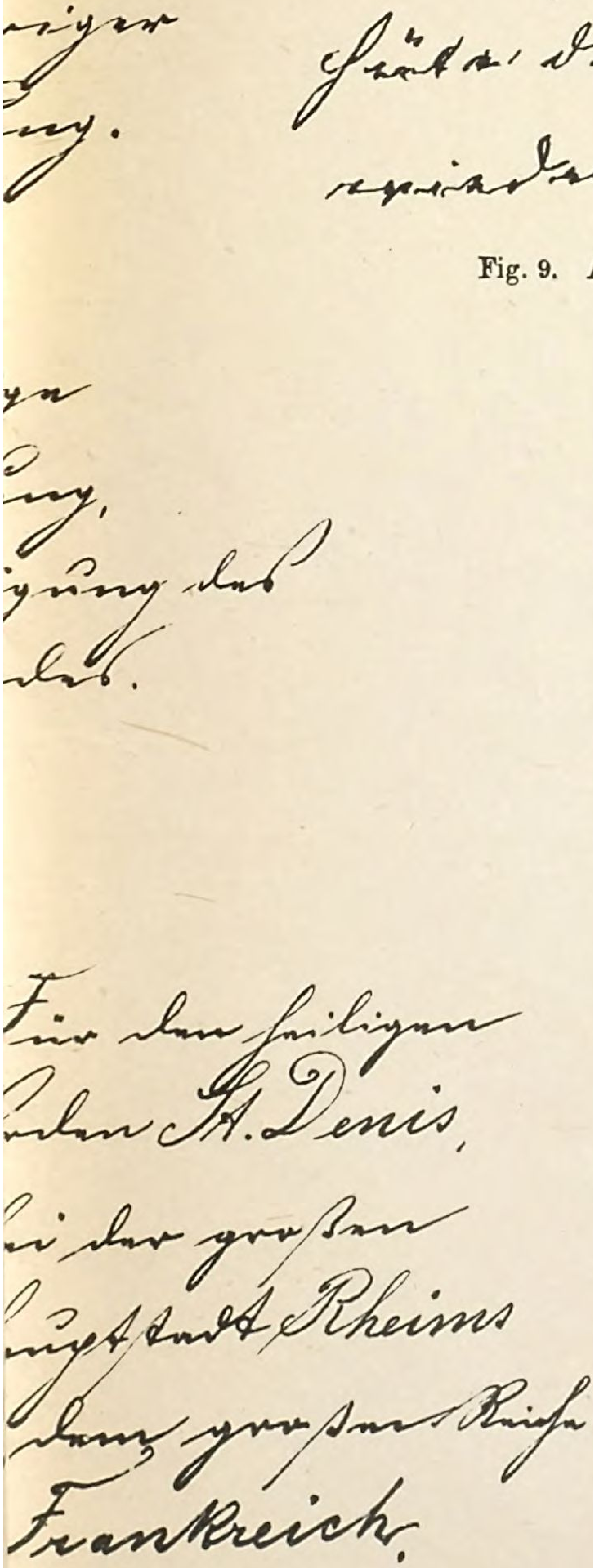


Fig. 7. Dysgrammatische Handschrift einer Paranoikerin.



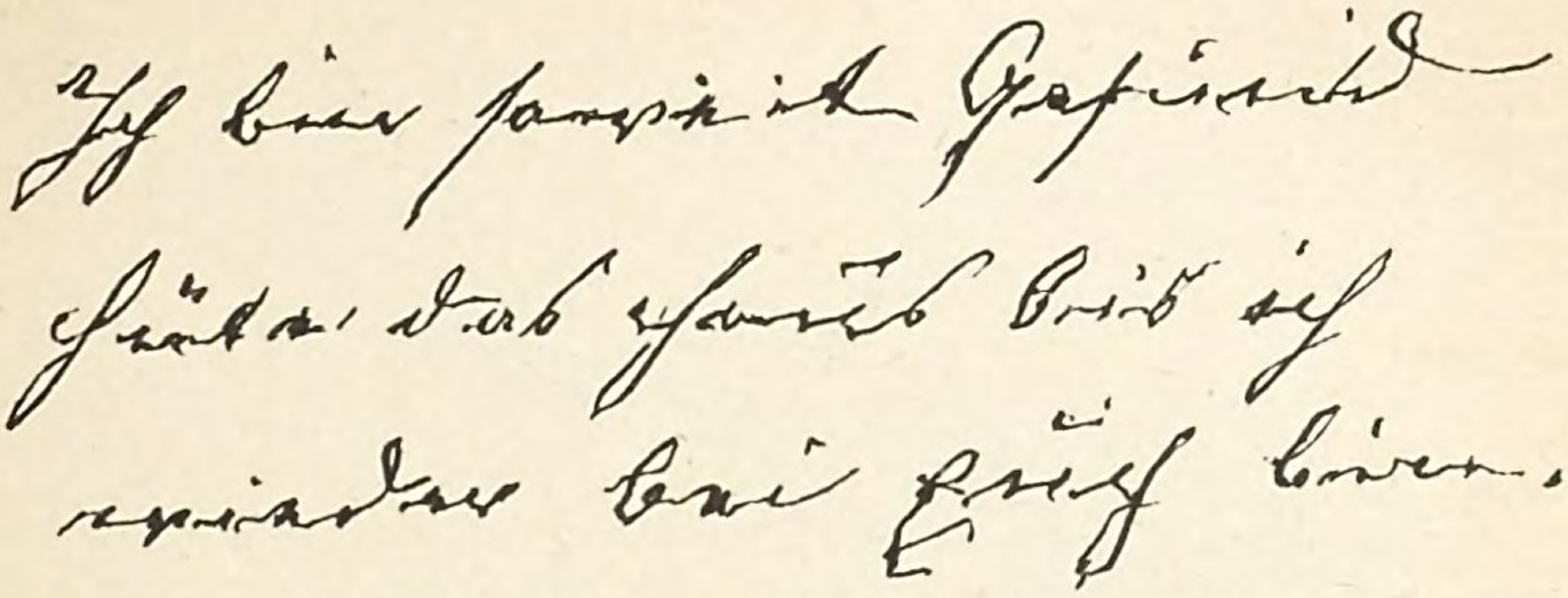


Fig. 9. Ataktische Zitterhandschrift eines Trinkers.

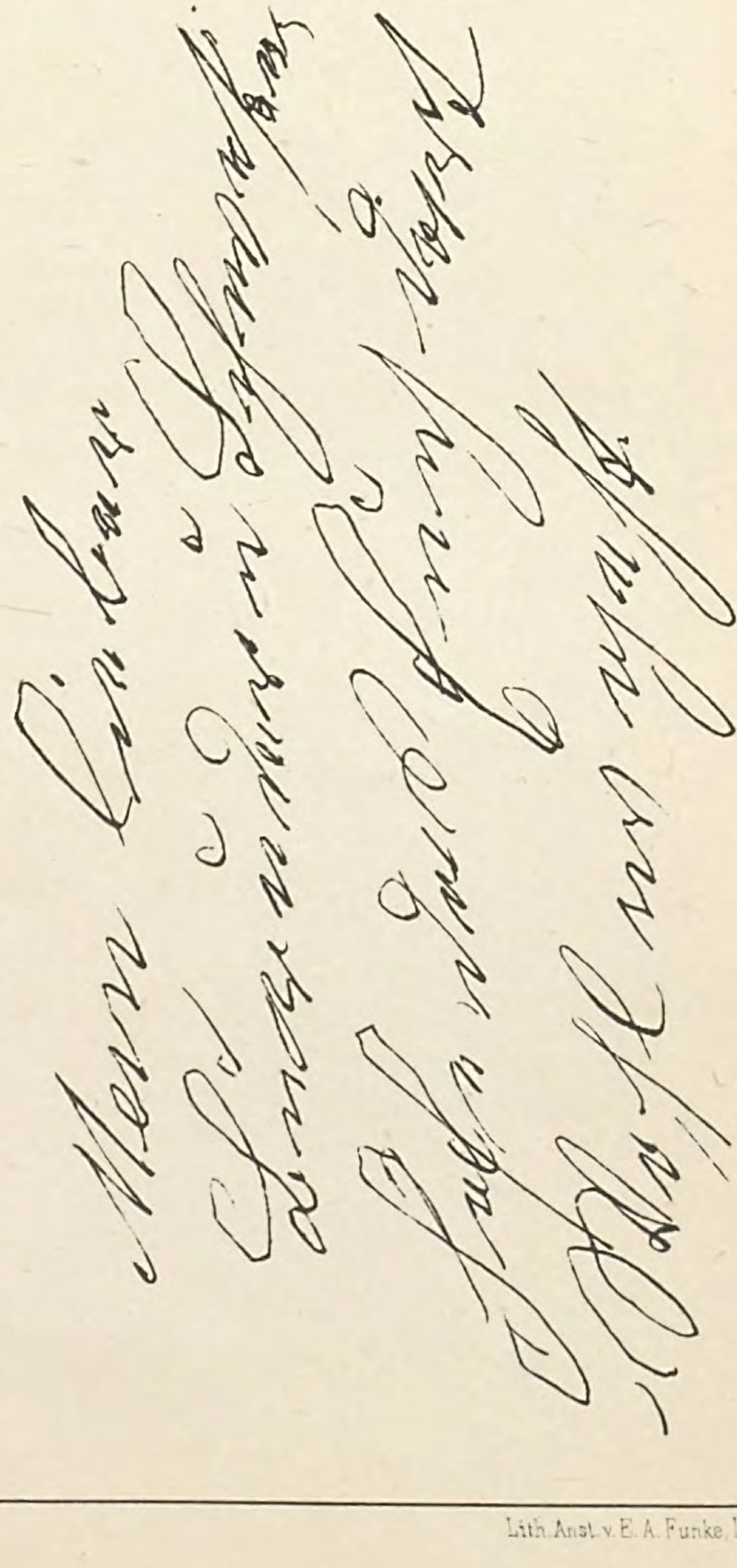


Fig. 8. Ataktisch-dysgrammatische Handschrift eines Paralytikers.

Lith. Anst. v. E. A. Funke, Leipzig.

überhaupt nicht mehr der inneren Vorstellung und Sprachverworrenheit tritt ein.

b) in Veränderung der Redeweise. Sie hängt oft von dem Affekt ab, z. B. bei Maniakalischen, wo die gehobene Stimmung sich in gereimter Redeweise Luft macht. Oder sie ist einfach der Ausdruck geschwächter Intelligenz, wie die kindische Redeweise Schwachsinniger und Verrückter. Unaufhörliche Wiederholung derselben Worte oder Satztheile zeugt gleichfalls von Ideenarmuth und Beharren auf derselben Vorstellung. Dieses Zeichen wird häufig in der Paralyse beobachtet. — Hierher gehört auch das gewohnheitsmässige Wiederholen derselben Anrede oder Bitte, mit denselben stereotypen Worten und Geberden bei stets derselben Gelegenheit, z. B. die bei jeder Morgenvisite jahrelang wiederholte Bitte vieler Verrückten um Entlassung, bei der sich die Kranken schliesslich selbst mehr kaum etwas denken. — Doch nicht immer braucht die Wortwiederholung ein Zeichen von Schwäche zu sein, sondern sie kann auch Wahnideen entspringen, z. B. die aus Respekt vor der heiligen Zahl dreimal wiederholte Aussprache desselben Wortes (von Krafft-Ebing).

c) in syntaktischen Sprachfehlern. Sie bestehen in Ausserachtlassung von Deklination und Conjugation mit hauptsächlicher Anwendung von Hauptwort, Infinitiv und Particip, und indem der Kranke in der Art und Weise kleiner Kinder in der dritten Person spricht, z. B. Karl im Garten gewesen, Bruder gekommen, Butterbrod gebracht, — oder in ungrammatikalischen Abwandlungen von Hauptwörtern in Zeitwörter, z. B. Standpunkt — standpunkten.

d) in Neubildung von Wörtern, die alsdann entweder nur in Umstellung von Buchstaben besteht oder auch solche Veränderungen darbietet, dass gar kein erkennbarer Zusammenhang mehr mit dem alten Wortbild erhalten geblieben ist, z. B. Kastor oder Karper für Pastor oder Hingis für Messe u. s. w. Eine Erklärung dieser bei Verrückten nicht selten vorkommenden Dysphrasie ist zur Zeit noch unmöglich. Wir können nur sagen, dass sie ein Erzeugniss unbewussten Seelenlebens ist. (S. auch v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie.)

B. Die Störungen der Schrift.

Die Schriftsprache ist neben der Lautsprache der höchste Ausdruck menschlicher Mittheilungsfähigkeit. Sie ist deshalb neben jener

zugleich der schärfste Prüfstein für Inhalt und Leistungsfähigkeit des Intellekts. Sie ist auch ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel, zunächst weil viele Kranke, namentlich Verrückte, die sich mündlich ganz verschlossen zeigen, doch keinen Anstand nehmen, ihr Inneres auf dem Papiere zu offenbaren, — und alsdann, weil selbst mehr noch, wie bei der Lautsprache, Veränderungen der Schriftsprache charakteristisch für gewisse Irreseinsformen sind.

Wir unterscheiden demnach die Schrift Geisteskranker sowohl dem Inhalte, als der Form nach. Inhaltlich ist auch hier die Schrift der Spiegel des Gedankens, der Kranke giebt wieder, was er fühlt und denkt. Melancholische schreiben überhaupt wenig und ungern, weil die psychische Hemmung das Denken erschwert. Der Maniakalische kommt aus dem umgekehrten Grunde selten dazu, weil ihm die Ideenflucht keine Zeit zur Sammlung lässt. Auch Paralytiker sind in Folge ihres desultorischen Gedankenganges und der äusseren Unruhe nur selten zum Schreiben zu bringen. Dafür schreiben Paranoiker (Verrückte) gern und viel und lassen dabei verborgene Wahnideen oft viel besser, als im mündlichen Gespräch erkennen.

Der Form nach unterscheiden wir mechanische und psychische oder dysgrammatische Veränderungen.

1. Die mechanischen Veränderungen sind Lähmungserscheinungen und gehören somit zu den motorischen Störungen. Man theilt sie ein:

a) In die ataktische Schrift. Dieselbe charakterisirt sich durch excessiv und schleudernd ausgeführte Buchstaben, durch Nichteinhalten der geraden Linie mit Neigung zur Bogenlinie und durch mangelhaftes Auseinanderhalten der einzelnen Buchstaben, was Alles zusammen mehr oder weniger grosse Unregelmässigkeit zu Wege bringt.

Das Kind, welches schreiben lernt, zeigt ataktische Schrift. In Krankheiten findet sie sich überall da, wo überhaupt ataktische Erscheinungen vorkommen, also in der Paralyse und dem Alkoholismus.

b) Die Zitterschrift charakterisirt sich dadurch, dass Auf- und Abstriche nicht fest in einem Zuge, sondern in kleinen, den Zitterbewegungen entsprechenden Wellen verlaufen. Die einzelnen Buchstaben sind gleichmässig ausgeführt, die gerade Linie ist innegehalten. Die Zitterschrift ist deshalb nicht so unleserlich wie die ataktische.

Die Zitterschrift kommt häufig mit ataktischer Schrift verbunden vor und findet sich hauptsächlich bei Lähmungen in Folge multipler Sklerose (Paralyse).

2. Die dysgrammatischen Veränderungen theilt man wiederum ein in:

a) bewusstzwangsartige. Zu ihr gehören Agraphie und Paragraphie. Bei der Agraphie kann das Zeichenbild für die Schriftzüge des Wortes nicht gefunden werden. Sie entspricht der amnestischen Aphasie. —

Paragraphie ist die Verwechslung von Schriftzeichen untereinander, sodass den richtigen Buchstaben oder Wörtern falsche untergeschoben werden. Sie kommt besonders bei Apoplektikern vor.

Die Paragraphie heisst eine bewusstzwangsartige Schriftstörung, weil der Kranke sich des Fehlers bewusst ist, oder ihn einsieht, wenn er darauf aufmerksam gemacht wird, aber nicht anders schreiben kann.

b) unbewusst zwangsartige. Sie kennzeichnen sich gleichfalls durch Einschiebung falscher Buchstaben und Wörter. Aber dasselbe geschieht, ohne dass es der Kranke merkt. Wird er auf den Fehler aufmerksam gemacht, so verbessert er ihn oder sucht ihn zu verbessern. Wir finden diese Schreibweise vorzugsweise bei Paralytikern.

Wie bei jeder mechanischen Fertigkeit, so ist auch beim Schreiben die Ausführung von dem jeweiligen Zustande des Bewusstseins abhängig. Ist die Seele mit anderen Vorstellungen beladen, „bedrückt“, oder fühlt sie sich frei und fessellos, so wird die dadurch hervorgerufene Stimmung sich bestimmt auch in der Schrift ausprägen. Wie also schon im gesunden Leben die Schrift nach der Stimmung, in der sie entstanden ist, ja selbst nach der vorliegenden Veranlassung Veränderungen annimmt, so finden wir das Gleiche, aber in sehr verstärktem Maasse, in der Melancholie und der Manie. Die Schrift des Melancholikers ist gedrückt, klein in sich zusammengekrümmt, sie ist ungleich, als ob auf dem Wege hier und da erst ein Hemmniss zu beseitigen gewesen wäre. Der Maniakalische dagegen schreibt in grossen Zügen, frei, mit überfliegender Hast und Eile, so dass nicht selten Flüchtigkeitsfehler mit unterlaufen. Ist starke Ideenflucht vorhanden, so findet sich keine Zeit, die Schriftzüge ordentlich auszuführen, die Schrift wird summarisch hingeschleudert und verliert dadurch natürlich sehr an Leserlichkeit. Fig. 1 giebt die Schriftzüge eines Kranken, a im melancholischen und b im maniakalischen Stadium, charakteristisch wieder.

Paranoiker pflegen auf die Bedeutsamkeit mancher Worte gern durch Unterstreichungen aufmerksam zu machen, oder sonstige „bedeutungsvolle“ Zeichen anzubringen. Ihre Schrift ist sehr häufig dys-

grammatisch, indem sie für gewisse Buchstaben andere, ja für gewisse Begriffe ganz andere oft willkürlich erfundene dysgrammatische Worte setzen. Auch Einschiebungen überflüssiger Buchstaben in den sonst richtigen Worttext, oft in grosser Anzahl, kommen vielfach vor. Wenn es nicht gelingt, solchen Verfälschungen der Schrift, die übrigens immer nur allmälig fortschreiten, von Anfang an zu folgen, so wird schliesslich die Entzifferung ganz unmöglich. Fig. 7 giebt eine Probe der paranoischen dysgrammatischen Schrift.

Alkoholisten zeigen sowohl ataktische, wie Zitterhandschrift. Figg. 3 und 4 geben Proben von beiden Formen, Fig. 9 bringt beide Formen in einer Probe.

Multiple Sklerose zeigt echte Zitterhandschrift durch Intentionszittern. Fig. 5 a giebt die Handschrift einer Sklerotischen vor der Erkrankung, 5 b im Beginne und 5 c im weit vorgerückten Stadium der Erkrankung wieder.

Rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie und Paralyse sind die Formen, in denen Paragraphie vorzugsweise beobachtet wird.

Für die Schrift der Paralytiker ist ausserdem die Verbindung dysgrammatischer mit ataktischer Schrift charakteristisch, so zwar, dass paralytische Handschriften mit keiner anderen zu verwechseln sind. Die Wichtigkeit dieses Umstandes für die Diagnose ist leicht begreiflich. Gemäss dem Sprichworte: „scripta manent“ lässt er sich z. B. in Rechtsstreitigkeiten noch viele Jahre nach dem Tode des Kranken diagnostisch verwerthen (s. Erlenmeyer, Die Schrift. Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie).

Fig. 6 zeigt die paraphrasiche Handschrift eines rechtsseitig Hemiplegischen mit leichter Aphasie, Fig. 8 die ataktisch-dysgrammatischen Schriftzüge eines Paralytikers.

Dritter Abschnitt.

Die Ursachen des Irreseins.

Achtes Kapitel.

Die prädisponirenden Ursachen des Irreseins.

Die Kenntniss der Ursachen einer Geisteskrankheit ist stets sehr wichtig, weil durch sie erst die Diagnose vervollständigt wird. Denn da letztere sich nicht blos, wie wir später noch sehen werden, auf die klinischen Symptome beschränken darf, sondern sich auf die ganze Naturgeschichte des Kranken zu erstrecken hat, so liegt es auf der Hand, dass die Ursachen der Erkrankung nicht vernachlässigt werden dürfen. Die Erkenntniss derselben giebt nicht blos eine Vorstellung von dem Grade der Reizempfänglichkeit des Kranken, sondern, was noch viel wichtiger ist, von seiner angeborenen oder durch das Leben erworbenen individuellen Veranlagung. Ausserdem aber ist sie auch deswegen wichtig, weil das klinische Bild mancher Krankheitsform geradezu von der Ursache sein Gepräge erhält. Dies gilt u. A. von dem erblichen Irresein und manchen Intoxikationspsychosen, wie der syphilitischen und alcoholistischen Psychose, ferner von solchen, die von gewissen Gehirnneurosen, wie Epilepsie und Chorea, abhängen. Dass auch die Therapie wesentlich hierdurch beeinflusst wird, ist ohne Weiteres klar. Die genaueste Aufnahme der Anamnese ist deshalb von grösster Wichtigkeit.

Sehr selten, vielleicht niemals, erscheint Geisteskrankheit als Wirkung einer einzigen Ursache, sondern allermeist ist sie das Resultat der Complikation mehrerer Ursachen. Dafür spricht auch schon die Art und Weise, wie Geisteskrankheiten zu entstehen pflegen. Sie treten nicht plötzlich und unvermittelt, wie ein Blitz aus heiterem Himmel auf, sondern erscheinen meist lange vorbereitet als letztes Glied einer ganzen Reihe darauf abzielender, anfänglich verborgener und erst später erkennbar hervorgetretener äusserer Umstände oder geistig-körperlicher Vorgänge.

Deshalb wäre es sehr fehlerhaft, nur die zuletzt in Erscheinung getretenen, meist allerdings recht auffälligen ursächlichen Umstände

in Betracht zu ziehen, die weiter zurückliegenden, oft viel wichtigeren, aber zu ignoriren. Eine durch erbliche Belastung oder schwächende Krankheiten oder lange stillgetragenen Kummer bereits veranlagte Person z. B. wird von einer heftigen Gemüthserschütterung, verursacht durch Vermögensverlust oder Tod einer geliebten Person, getroffen, und Geisteskrankheit bricht aus. Hier nun ist dieses zuletzt genannte Ereigniss zwar unzweifelhaft als Ursache anzuschuldigen, aber nicht als alleinige, ja, vielleicht nicht einmal als wichtigste. Denn ohne die vorausgegangenen veranlagenden Ursachen wäre wohl schwerlich Geisteskrankheit ausgebrochen, indem die Erfahrung lehrt, dass die Menschen, wenn sie sonst nur kräftig und widerstandsfähig sind, solche Schicksalsschläge, ohne geistig zu erkranken, ertragen. Vielmehr treten alsdann solche Ereignisse als Gelegenheitsursachen zu einer bestehenden starken Disposition hinzu.

Auch vor dem Irrthume, Ursache und Wirkung zu verwechseln, muss man sich hüten. Wenn z. B. bei einem Geschäftsmanne, nachdem er schwere Verluste erlitten, eine Geisteskrankheit ausbricht, so kann letztere wohl Folge, wird aber viel häufiger noch Ursache sein, insofern nämlich, als durch sie bereits die geschäftliche Beurtheilungsfähigkeit gelitten hatte und nun Verluste die Folge waren. Oder ein Anderer, von dem bekannt geworden, dass er kurz vor dem Ausbruche stark getrunken, wird irrthümlich beschuldigt, durch diese Excesse geisteskrank geworden zu sein, während er im Gegentheile letztere beging, weil er sich schon in krankhaft gereiztem Zustande befand. Die Form der Geisteskrankheit wird hierüber meist genügende Auskunft geben. Namentlich bei der Paralyse (s. Kap 19) ist es meist nicht schwer, festzustellen, dass solche vermeintliche Ursache vielmehr Folge der erst im Beginn stehenden Krankheit war.

Es ist ohne Weiteres klar, dass reizende oder schwächende Einflüsse, welche das Gehirn treffen, Geisteskrankheit zu erzeugen im Stande sind. Nicht immer aber sind es direkt und unmittelbar, sondern viel häufiger allmählich und langsam wirkende Einflüsse, welche hier in Frage kommen. Ausserdem aber sind die allgemeinen Verhältnisse, unter denen wir alle als Mitglieder des genus homo und als Kulturmenschen stehen, oder, was dasselbe sagen will, der Grad der Reizempfänglichkeit, den wir diesen Verhältnissen entgegenbringen, in Betracht zu ziehen.

Darnach theilt man die Ursachen des Irreseins ein in prädisponirende und Gelegenheitsursachen (s. v. Krafft-Ebing l. c.).

Die prädisponirenden Ursachen zerfallen wiederum in allgemein und in individuell prädisponirende Ursachen.

A. Allgemein prädisponirende Ursachen.

1. Die Civilisation. Obgleich sich die allgemeinen Lebensverhältnisse, soweit sie in Nahrung und Wohnung bestehen, unzweifelhaft im Aufsteigen befinden, nimmt doch der Prozentsatz der Geisteskranken zu. Einerseits ist dies allerdings ein Verdienst der Civilisation, insofern nämlich unsere verbesserten materiellen Verhältnisse und die hohe Ausbildung unserer Wohlthätigkeitsanstalten viele Irre, wie auch schwächliche und krüppelhafte Kinder, die früher keine so hohen Lebenschancen hatten, alt werden lassen. Andererseits aber trägt die Civilisation auch direkt zur Vermehrung der Geisteskranken bei, und zwar durch die erhöhten Anforderungen an die Leistungsfähigkeit unseres Gehirn- und Geisteslebens.

Politische und religiöse Kämpfe werden heutzutage an sich wohl kaum mehr als Ursache des Irreseins betrachtet werden können. Desto eher ist dies bei den gleichfalls im Gefolge der Civilisation auftretenden Reiz- und Betäubungsmitteln, vornehmlich dem Alkohol und Morphium, der Fall.

2. Die Nationalität scheint ohne Einfluss auf die Häufigkeit des Irreseins zu sein. Wenigstens bei den Kulturvölkern zeigt die Statistik, soweit eine solche vorhanden ist, kein Ueberwiegen des einen vor dem andern.

3. Die geographische Lage, beziehungsweise die damit verbundenen örtlichen Verhältnisse, bedingen ein endemisches Vorkommen gewisser Geisteskrankheiten. Hierher gehört der in einigen Thälern der Schweiz und Savoyens mit Kropf verbundene Cretinismus und die in Oberitalien einheimische, durch den Genuss von krankem Mais erzeugte, mit pellagrösem Juckausschlag verbundene Geisteskrankheit.

4. Das Geschlecht. Die Statistik ergiebt nicht mit hinreichender Sicherheit, dass das eine Geschlecht vor dem andern benachtheiligt wäre. Beide Geschlechter haben ihre besondere natürliche Disposition, die beim weiblichen Geschlechte hauptsächlich in den Anforderungen der Ehe, der Schwangerschaft, des Wochenbetts, des Selbstnährens, ferner umgekehrt auch in den psychisch-somatischen Gefahren der Ehelosigkeit, endlich aber in den Verhältnissen der Menstruation und der katamenialen Epoche begründet ist. Dagegen ist das männliche Geschlecht mehr durch Inanspruchnahme des Gehirns, ferner durch Missbrauch der Spirituosen und endlich auch durch die grössere Gefahr der syphilitischen Erkrankung disponirt.

5. Das Lebensalter. Jedes Lebensalter hat seine ihm eigenthümliche Disposition, und zwar entspricht das Krankheitsbild nach Art und Umfang jedesmal dem Grade der Entwickelung oder des

Rückganges der seelischen Fähigkeiten. Deswegen unterscheiden sich die Psychosen des Kindesalters von denen des Mannes- und Greisenalters und letztere beide wieder von einander sehr wesentlich.

Das Kindesalter ist am günstigsten gestellt, indem hier Geisteskrankheiten nur selten vorkommen. Dies begreift sich leicht, wenn man bedenkt, dass das kindliche Seelenleben noch unentwickelt ist und dass viele Reize, welche auf die Erwachsenen wirken, noch nicht in Frage kommen. Auch die Einflüsse der Erblichkeit und der Erziehung kommen oft erst später zur Geltung. Daher und weil psychische Eindrücke überdies viel rascher vergehen, als bei Erwachsenen, erscheinen Psychosen im Kindesalter meist als Resultat von auf das Gehirn und die Sinnesorgane einwirkenden körperlichen Krankheiten, z. B. von Masern und Scharlach und der diesen folgenden Hirnhautentzündungen.

Vorherrschend im Krankheitsbilde der kindlichen Psychosen sind triebartige verkehrte Handlungen. Mit der Entwickelung des Vorstellungslebens treten Sinnestäuschungen und hallucinatorische Wahnideen mit Verworrenheit hinzu, während bei der Dürftigkeit des Erfahrungsschatzes und der Leere des geistigen Hintergrundes systematisirte Wahnideen kaum beobachtet werden.

Wahre Melancholie kommt im Kindesalter selten vor, häufig wird Stupor mit ihr verwechselt (s. Kap. 11). Manie macht sich oft als krankhafter Bewegungsdrang mit dem Charakter des Triebartigen und Automatischen bemerkbar.

Das Pubertätsalter zeigt schon eine Steigerung der Disposition und beträchtlichere Mannigfaltigkeit. Denn das Vorstellungsleben hat sich inzwischen weiter entwickelt und durch das Hineinwachsen des mächtigen sexuellen Triebes eine bedeutende Bereicherung erfahren. Auch erbliche Einflüsse fangen an, sich in ausgedehnterem Umfange geltend zu machen. Letzterem Umstande ist es zuzuschreiben, dass Pubertätspsychosen häufig als geistige Entartungsvorgänge sich erweisen. Schwachsinn ist ein sehr häufiger Ausgang derselben.

Mit dem Namen Hebephrenie (Kahlbaum) bezeichnet man folgenden Symptomencomplex und Verlauf: Sehr rascher Wechsel der verschiedensten Formen, wie Melancholie, Manie, hallucinatorische Verwirrtheit und rascher Uebergang dieses amphibolen Stadiums in eine eigenthümliche Art von Schwachsinn, die sich durch (übrigens schon von Anfang an zu beobachtendes) läppisches Wesen und Oberflächlichkeit der Affekte bei redseligem, ruhelosem Gebahren auszeichnet.

Das Mannesalter weist für beide Geschlechter die höchste Disposition auf in Folge der Höhenentwickelung des geistigen Lebens

mit vollendetem Aufbau des geistig-persönlichen Hintergrundes einerseits, — und der in keinem anderen Lebensalter erreichten Höhe der Ansprüche an die Leistungsfähigkeit beider Geschlechter in der ihnen eigenthümlichen Sphäre andererseits.

Besondere Erwähnung verdient noch das Climakterium der Frauen, indem es theils durch direkt schwächende Einflüsse, theils durch nervöse Reizzustände im Genitalgebiete, im letzteren Falle als Reflexvorgänge, zu Geisteskrankheit disponirt. Sehr häufig tragen climakterische Psychosen einen ausgeprägt sexuellen Charakter. Sie ähneln hierin den Puerperalpsychosen.

Das Greisenalter ist das Zeitalter der rückgängigen Metamorphose, und da auch das Gehirn- und Geistesleben nicht mehr auf der vollen Höhe der Entwickelung steht, überdies auch die Ansprüche an die Leistungsfähigkeit bedeutend niedriger zu stehen pflegen, so ist auch die Disposition zu Geisteskrankheiten beträchtlich vermindert. Andererseits ist in der durch den Altersschwund des Gehirns und die Arteriensklerose bedingten Ernährungsstörung eine neue Quelle für Geisteskrankheiten erschlossen.

Senile Geisteskrankheiten tragen entweder den Charakter des Blödsinns mit Abschwächung oder Schwinden mehr oder weniger aller geistigen Fähigkeiten, oder Wahnideen sind vorherrschend. Letztere sind meist depressiven Charakters.

B. Individuell prädisponirende Ursachen.

1. Die Erblichkeit. Die Lehre von der Erblichkeit enthält hauptsächlich folgende, auch diagnostisch wichtige, Sätze:

a) Die Vererbung geschieht direkt von der Ascendenz auf die Descendenz. Vererbung durch Seitenlinien, z. B. vom Oheim auf den Neffen, findet nicht statt.

b) Die Vererbung erstreckt sich nur auf Krankheitskeime und Krankheitsanlagen. Die Geisteskrankheit selbst, in dem Sinne, dass schon das neugeborene Kind mit Symptomen des Irreseins behaftet sei, wird nicht vererbt.

c) Die Vererbung kann eine oder mehrere Generationen hindurch latent bleiben, sodass ausgesprochene Geisteskrankheit erst in einer späteren Generation, z. B. beim Enkel, auftritt, während in den Mittelgliedern, z. B. beim Sohne, nur allgemein erbliche Disposition ohne äusserlich erkennbare Anomalien vorliegt.

d) Die Vererbung ist entweder eine gleichartige, sodass bei Ascendenz und Descendenz dieselben Krankheitsformen oder dieselben krankhaften Triebe, z. B. zu Selbstmord, auftreten,

— oder sie ist, was meist der Fall ist, eine ungleichartige, sodass bei den verschiedenen Gliedern einer erblich belasteten Descendenz die verschiedenartigsten Formen von Psychose beobachtet werden (Transmutation).

e) Nicht jedes Irresein, wo in der direkten Ascendenz gleichfalls das Vorhandengewesensein einer Geisteskrankheit nachgewiesen worden ist, braucht darum als ein erbliches angesehen zu werden. Denn es brauchen auf die Ascendenz sowohl, wie auf die Descendenz nur Gelegenheitsursachen gewirkt zu haben. Man begnüge sich deshalb niemals mit der blossen Frage nach dem Vorhandengewesensein von Geisteskrankheiten in der Ascendenz, sondern erhebe genau alle Umstände. Namentlich ist es wichtig, zu wissen, ob der Zeitpunkt der Geisteskrankheit bei dem Vater (der Mutter) vor oder nach der Zeugung fällt.

f) Vererbte Geisteskrankheiten neigen zu Entartung. Dieselbe vollzieht sich alsdann nicht immer, wenn auch häufig, in demselben Individuum, sondern mitunter oft erst in mehreren Generationen. So kommt z. B. im ersten Gliede affektives Irresein, im zweiten Wahnideen oder hallucinatorische Verworrenheit, im dritten terminaler Blödsinn vor, eine Reihenfolge, die sich im nichterblichen Irresein schon in einem und demselben Individuum abwickelt. Oder (nach Morel) wir finden in der ersten Generation ethische Defekte, z. B. Trunksucht, in der zweiten maniakalische Anfälle mit Tobsucht und Grössenideen, in der dritten hypochondrisch-melancholische Verstimmungen mit Mord- und Selbstmordneigung, in der vierten terminalen Blödsinn und Erlöschen des Stammes.

g) Erbliches Irresein pflegt sich vom nichterblichen auch dadurch auszuzeichnen, dass es häufig schon in frühem Lebensalter auftritt. Man versäume deshalb nicht, namentlich bei Psychosen in der Pubertätszeit, nach den einschlägigen Verhältnissen zu forschen. Ferner zeichnet es sich auch dadurch aus, dass es auf Grund sehr geringfügiger Gelegenheitsursachen oder auch ganz ohne solche ausbricht und endlich durch die relativ rasche, jedoch meist nicht vollständige Genesung mit Neigung zu Rückfällen.

h) Geisteskrankheiten können auch von einer Ascendenz vererbt werden, die nicht selbst geisteskrank war, sondern an anderen Nervenkrankheiten, Epilepsie, Neurasthenie, Hysterie u. s. w. gelitten hat.

i) Aehnlich, wie erblich Veranlagte, verhalten sich auch Personen, die in frühester Kindheit durch Schädlichkeiten, welche die Entwickelung des Gehirns beeinträchtigt oder demselben eine krankhafte Richtung aufgezwungen haben, betroffen worden sind. Verwundungen, Schädelbrüche, Hirnhautentzündungen, auch akute Hautausschläge, frühzeitige Verknöcherung der Schädelnäthe spielen hier eine grosse Rolle.

k) Auch die erbliche Veranlagung kann man sich nicht anders, als in dem feineren Bau des Gehirns organisch begründet denken.

Diese angeborene sowohl wie die in frühester Kindheit erworbene Krankheitsanlage bezeichnet man mit dem gemeinsamen Namen: Organische Belastung. (Griesinger.)

2. Die Erziehung. Sie ist, da sie gute Charakteranlagen entwickeln, schlechte oder krankhafte dagegen tilgen hilft, vielmehr ein Vorbeugungsmittel gegen Geisteskrankheit. Schaden kann sie durch übermässige Inanspruchnahme des Gehirns, vorzüglich zur Zeit der Pubertät, — sowie ferner dadurch, dass sie als fehlerhafte Charaktererziehung Affekte und Leidenschaften, z. B. Trotz, Zorn, Begehrlichkeit in der Seele des Kindes weckt und nährt, die Gewöhnung an Selbstbeherrschung dagegen verabsäumt.

3. Der Beruf. Im Allgemeinen gilt hier der Satz, dass Gehirnarbeiter, also Gelehrte, Künstler, grosse Kaufleute und Industrielle, mehr gefährdet sind, als Muskelarbeiter. Bleiarbeiter unterstehen der Gefahr, an Irrsinn durch Bleivergiftung zu erkranken. (S. Kap. 17, C.)

4. Besondere Lebensverhältnisse. Im Soldatenstande kommt Irresein nicht selten in Folge der Strapazen und der seelischen Aufregungen im Kriege, ferner aus Heimweh und gekränktem Ehrgefühl vor. — In Straf- und Gefangenenhäusern ist Irrsinn eine sehr häufige Erscheinung. Doch darf hierbei nicht ausser Acht gelassen werden, dass in den meisten Fällen schon vor Verbüssung der Strafe Geisteskrankheit oder die Keime dazu vorhanden waren. Angst und Gewissensbisse stellen namentlich bei Ausnahmeverbrechern, erstere auch bei Gewohnheitsverbrechern, immerhin ein gewisses Contingent. Für gewisse Naturen bildet auch die Isolirhaft eine Schädlichkeit, namentlich für solche beschränkten Geistes, die der Aussenreize nicht entbehren können, und für tief zerknirschte, von Gewissensbissen gepeinigte Ausnahmeverbrecher. Bei organisch Belasteten, welche unter der Verbrecherwelt sehr häufig sind, hilft Isolirhaft den Ausbruch der Krankheit beschleunigen.

Eine Menschenklasse, bei der Irrsinn nicht selten auftritt, sind die Prostituirten. Hier spielen Alkoholexcesse, syphilitische Er-

krankungen, Entbehrungen eine grosse Rolle. Doch darf auch hier nicht übersehen werden, dass unter den Prostituirten, ebenso wie unter Verbrechern vor der Gefangenschaft, sich Viele befinden, die schon von Haus aus organisch belastet sind.

Neuntes Kapitel.

Die Gelegenheitsursachen des Irreseins.

A. Die psychischen Gelegenheitsursachen des Irreseins.

Heftige Affekte, wie Furcht, Schreck, plötzliche Freude, können zu Gelegenheitsursachen des Irreseins werden. Stets muss man sich aber dabei gegenwärtig halten, dass sie nur auf dem Umwege durch Störungen des Blutkreislaufes und der Ernährung des Gehirns zu wirken im Stande sind.

Häufiger sind es noch die langsam und tief untergrabenden Affekte des Kummers und der Trauer, vornehmlich Nahrungssorgen, gekränkte Ehre, Heimweh, Liebeskummer, welche allmählich die gesammte Ernährung auf das Aeusserste schwächen und so Geisteskrankheit erzeugen helfen.

Blutzufluss und Ernährung des Gehirns hängen vom vasomotorischen System ab und dieses steht seinerseits wieder in engster Beziehung zu den Vorstellungscentren. Von der Beschaffenheit des vasomotorischen Systems hängt deshalb die individuelle Disposition zu Geisteskrankheiten grossentheils ab.

Psychische Ansteckung kann unter Umständen Geisteskrankheit zu Wege bringen. Man versteht darunter einen Vorgang, wo krankhafte Vorstellungen des Einen sich durch Umgang und Mittheilung auf einen Andern oder mehrere Andere übertragen und krankhafte Handlungen nachgeahmt werden, also eine wache Suggestion. Sie ist einzeln hier und da bei einsamen, in Weltabgeschiedenheit unter gleichen äusseren Verhältnissen lebenden Leuten, z. B. kinderlosen Ehepaaren oder Geschwistern, beobachtet worden. Die prädisponirenden Momente sind hier die gleichen und haben sich in beiden Personen gleichmässig und gleichzeitig langsam vorbereitend geltend gemacht. Es hat deshalb nichts Auffallendes, wenn auch ziemlich gleichzeitig bei Beiden die wirkliche Katastrophe eintritt.

Ergreift die Suggestion weitere Kreise und steht die suggerirte Vorstellung im Vordergrunde der geistigen Zeitinteressen, so kann es zu Massenerkrankungen und wirklichen Geistesepidemien kommen. Die Geschichte des Mittelalters weist viele Beispiele davon auf, z. B. die Flagellanten, die Kinderkreuzzüge, die Tanzwuth, die Judenver-

folgungen, in späterer Zeit den fürchterlichen Hexen- und Dämonen-Aberglauben. — Man kann sagen, dass kein Zeitalter ganz sicher vor suggerirten Wahnideen ist.

B. Die körperlichen Gelegenheitsursachen des Irreseins.

Die körperlichen Gelegenheitsursachen des Irreseins sind die häufigsten und wichtigsten. Dass körperliche Krankheiten fast ohne Ausnahme ihren Schatten auf das Gemüth werfen, ist eine altbekannte Thatsache. Es braucht nur an die oft sehr tiefe Gemüthsdepression bei Magen- und Unterleibskrankheiten, an die Angstanfälle bei Störungen der Circulation und der Athemthätigkeit, an die sorglose, mit dem Ernste der Lage so weit kontrastirende Stimmung der Tuberculösen, an die fast maniakalische Hoffnungsfreudigkeit vieler Pyämischer erinnert zu werden. Die Delirien bei akuten fieberhaften Krankheiten erinnern geradezu an hallucinatorische Geisteskrankheit und unterscheiden sich davon eigentlich nur durch die kurze Dauer des Zustandes, der mit dem Niedergange des Fiebers von selbst sich verliert.

Zu wirklicher Geisteskrankheit kommt es bei körperlichen Leiden jedoch erst dann, wenn die Ernährung des Gehirns dauernd in Mitleidenschaft gezogen wird, sei es durch idiopathische Gehirnkrankheiten selbst, wie Gummata und andere Neubildungen, sei es durch anämische oder hyperämische Zustände, oder endlich durch entzündliche Vorgänge in den Meningen, Leptomeningitis und Pachymeningitis.

1. Gehirnkrankheiten.

a) Verletzungen des Schädels und Gehirns können von dem sogenannten traumatischen Irresein gefolgt sein (s. Kap. 20).

b) Heerderkrankungen, Apoplexien, namentlich häufig capilläre, Neubildungen und Abscesse führen zu Geisteskrankheit, wenn sie die Hirnrinde direkt oder indirekt durch Druck, Oedem, sekundäre Gefässdegeneration u. s. w. mitbetheiligen. (Das Krankheitsbild s. Kap. 20.)

c) Die multiple Sklerose (s. Kap. 20). Aehnlich wie sie verhalten sich in ätiologischer Beziehung Cysticerken und Echinokokken.

d) Hirnhautentzündungen. Stauungen und Ausschwitzungen in der Pia beeinträchtigen, wenn sie nicht resorbirt werden, auch die Ernährung der Hirnrinde und geben so zu Geisteskrankheiten Veranlassung. Unter allen pathologisch-anatomischen Befunden bei Leichen Geisteskranker ist chronische Leptomeningitis der bei weitem häufigste.

2. Rückenmarkskrankheiten sind wohl kaum jemals als direkte Ursache von Geisteskrankheit anzusehen. Im Verlaufe einer Tabes hat man mitunter schon vom Beginn an, ähnlich wie es bei der Paralyse (s. Kap. 19) der Fall ist, Geistesstörungen beobachtet (Dementia tabetica). Mitunter treten letztere jedoch erst später auf.

3. Centrale Neurosen.

a) Hypochondrie und Neurasthenie,

b) Hysterie,

c) Epilepsie,

d) Chorea sind sehr häufige Veranlassungen des Irreseins, freilich nicht immer als direkte Gelegenheitsursache, sondern vielmehr durch allmähliche Umstimmung der nervösen Constitution eine Prädisposition vorbereitend. Die Krankheitsbilder s. Kap. 16.

4. Erkrankungen der Sinnesorgane, namentlich des Gesichts- und Gehörssinnes, sind sehr häufig direkte Veranlassung von Geisteskrankheit, indem sie nämlich Hallucinationen erzeugen. Es wäre ein Irrthum, zu glauben, dass Hallucinationen nur central entständen. Häufig sind sie auch durch Erkrankungen des peripheren Theiles des Sinnesapparates vermittelt, z. B. durch die der chronischen Nephritis eigenthümlichen Veränderungen der Retina oder durch Katarrhe der Paukenhöhle und Affektionen des Labyrinthes u. s. w. (s. Kap. 2).

5. Neuralgien, Hyperästhesien, Parästhesien u. dergl. Erkrankungen peripherer Nerven führen auf reflektorischem oder vasomotorischem Wege zu Hirnreizung und Geisteskrankheit. Besonders häufig ist dies bei Neuralgien des Trigeminus der Fall. Pruritus der Geschlechtstheile, beim weiblichen Geschlecht nicht selten in der Katamenialzeit vorkommend, vermittelt nymphomanisch-tobsüchtige Aufregungen, welche mit Beseitigung des Pruritus gleichfalls wieder schwinden. Parästhesien von sensiblen Hautnerven verdanken besonders häufig die Wahnideen der Fernwirkung, z. B. elektrisirt oder von Ferne mit Spiegeln beobachtet zu werden, ihren Ursprung.

6. Chronische Krankheiten der vegetativen Sphäre. Sie wirken gleichfalls mehr prädisponirend durch langsame Untergrabung der Ernährung des Gehirns, als direkt veranlassend. Namentlich gilt dies von der

a) Lungentuberkulose, deren ursächliche Bedeutung übrigens geringer ist, als man früher anzunehmen geneigt war.

b) Magendarmkatarrhe und Leberleiden rufen durch fehlenden Appetit und Ekel ein uncomfortables Gefühl wach und stehen aus diesem Grunde auch am engsten mit Gemüths-

depressionen, welche sich zu tief-hypochondrischen und melancholischen Affekten steigern können, in ursächlichem Zusammenhange. Durch Wurmreiz, also vom Darme aus, reflektorisch erzeugte Psychosen mit maniakalisch aufgeregtem Charakter, werden in der Literatur geschildert. Oxyurus kann ebenso wie Pruritus der Geschlechtstheile durch heftiges Jucken zu tobsüchtiger Aufregung führen.

c) Herzkrankheiten können durch Störung des Kreislaufes die Ernährung des Gehirns beeinträchtigen, auch direkt durch Embolieen apoplektische Anfälle, in deren Gefolge Geisteskrankheit eintritt, erzeugen. Asthmatische Anfälle, wenn sie vom Herzen ausgehen, können sich zu psychischen Angstanfällen mit tobsüchtiger Aufregung steigern.

d) Geschlechtskrankheiten. Beim männlichen Geschlecht kommt hauptsächlich Impotenz und Spermatorrhoe in Frage. Beide Zustände sind an sich schon Symptome eines neuropathischen Zustandes, der sich aber unter Mithilfe des durch denselben gesetzten Krankheitsgefühles zu schweren hypochondrisch-melancholischen Affekten mit Lebensüberdruss steigern kann.

Beim weiblichen Geschlecht spielen Geschlechtskrankheiten noch eine erheblich wichtigere Rolle in der Pathogenese des Irreseins. Ihre Wirkung kann sein

α) eine schwächende durch Säfteverlust bei profuser Menstruation oder langdauernder Blenorrhoe mit ihren Folgewirkungen auf die Ernährung des Gehirns;

β) eine damit häufig im Zusammenhang stehende direkte psychische Wirkung durch Kummer über vorhandene Unfruchtbarkeit u dergl.;

γ) eine neurotische durch Reflex oder Irradiation auf das Gehirn. Schon bei dem physiologischen Vorgange der Menstruation findet sich bekanntlich häufig Verstimmung und erhöhte Reizbarkeit bei geringerer Widerstandsfähigkeit. Bei belasteten „nervösen“ Frauen können sich diese Zustände auch ausserhalb der Menstruationszeit alsdann zu wirklichen Psychosen ausbilden. Auch die periodischen Aufregungszustände vieler chronisch kranker Frauen und Mädchen hängen offenbar mit Vorgängen in der Geschlechtssphäre, wenn auch nicht jedesmal mit den äusserlich in Erscheinung tretenden der Mentsruation zusammen.

Dass plötzliche Unterdrücken des Monatsflusses, namentlich wenn ein schreckhafter Affekt hinzutritt oder dieselbe ver-

anlasst, hallucinatorisch-tobsüchtige Aufregung bewirken kann, ist eine wohlbeglaubigte Erfahrung. Hier scheinen fluxionäre Zustände in den Retinal- und Pia-Gefässen eine nicht unwichtige Rolle zu spielen. Schwangerschaft, Wochenbett und Lactation stellen gleichfalls wichtige Ursachen dar.

Wodurch Schwangerschaft krankmachend wirkt, ist schwer zu sagen. Möglich, dass Circulationsstörungen, vielleicht mit Gehirnanämie vorhergehend, anzuschuldigen sind, oder Stauungen in den Nieren mit leichten urämischen Affektionen. Gegen letztere Annahme würde allerdings der Umstand sprechen, dass Schwangerschaftspsychosen nach der Entbindung sich nicht zu verlieren pflegen.

Der Gebärakt kann bei langer Dauer und grosser Schmerzhaftigkeit Zustände vorübergehender Verwirrtheit und tobsüchtiger Aufregung erzeugen.

Das Wochenbett ist eine ergiebige Quelle von Psychosen. Vorausgegangene schwere Blutungen, Fieber, auch psychische Einflüsse, namentlich bei unehelich Gebärenden, vor Allem aber wohl neurotische Irradiation erscheinen hier von massgebendem Einflusse. Häufig tritt die Wochenbettpsychose schon innerhalb der ersten neun Tage ein. Sie erscheint entweder als Melancholie oder als Stupor oder als Manie oder als hallucinatorische Verworrenheit. Die frühere Ansicht, nach welcher man der Wochenbettpsychose eine besondere spezifische Form (Puerperalmanie) beilegte, ist jetzt meist aufgegeben. Doch lässt sich nicht leugnen, dass derselben einige Züge eigenthümlich sind, so das plötzliche Auftreten von Sinnestäuschungen, das rasche Ansteigen zu tobsüchtiger Verworrenheit, die, gleichfalls von Manchen geleugnete, nach unseren Erfahrungen aber doch vorhandene leicht erotische Färbung der Delirien; auch die nach Abfall der akuten Erscheinungen vor Beginn der Rekonvalescenz eintretende tiefe psychisch-somatische Erschöpfung.

Geisteskrankheiten, welche in der Stillungsperiode auftreten sind wohl stets auf Anämie und Erschöpfung beruhende Psychosen, sogenannte Inanitionspsychosen.

7. Geschlechtliche Ausschweifungen beim Manne sind oft schon an sich ein neuropathisches Symptom. Sie wirken theils direkt durch Säfteverlust, theils auf neurotischem Wege. Dies gilt weniger noch von der Befriedigung des Geschlechtstriebes auf natürlichem Wege, als von der Onanie. Deren Wirkung auf das Centralnervensystem, beziehungsweise das Gehirn, ist zunächst eine erschöpfende und virtuell herabsetzende. Die Kranken sind abgespannt, müde, unfähig zu begreifen, lassen Symptome von Schwachsinn erkennen. Ebenso leidet die Energie der übrigen Geistes- und Gemüthskräfte Gemüthsleere,

Interesselosigkeit, Unfähigkeit sich aufzuraffen, bilden sich aus. Dazwischen treten mitunter Episoden melancholischer Verstimmung oder religiöser Exaltation ein, Scheu vor den Menschen, genährt durch die Furcht, man könne ihnen ihr Laster ansehen, gesellt sich dazu. Durch die Symptome spinaler Irritation, nämlich dyspnoëtische Anfälle, Herzklopfen mit Präkordialangst, Kopfweh, Ohrensausen, schreckhaften Schlaf, Gliederschmerzen, Ermattung, nervösen Hodenschmerz u. s. w. wird das vielgestaltige Bild noch mannigfaltiger. Es muss bemerkt werden, dass die aus geschlechtlichen Ausschweifungen herrührenden Ursachen nicht sowohl Gelegenheits- als prädisponirende Ursachen darstellen.

8. Die Syphilis wird durch Lokalisation im Gehirn und indem hierdurch diffus-entzündliche Zustände gesetzt werden, eine nicht seltene und bei der Häufigkeit der Syphilis überhaupt nicht zu unterschätzende Ursache von Geisteskrankheit (s. Kap. 20).

9. Akute fieberhafte Krankheiten. Die Psychose tritt hier entweder auf der Höhe des Fieberstadiums oder bei und nach dem kritischen Abfall, beziehungsweise der Einleitung der körperlichen Rekonvalescenz auf. Im ersteren Falle wohl hauptsächlich durch fluxionäre Hyperämie des Gehirns bedingt, zeichnet sie sich durch hallucinatorische Verworrenheit und furibunde Delirien, die sich von wahren Fieberdelirien zunächst nur durch ihre längere Dauer unterscheiden, aus. Im zweiten Falle scheint umgekehrt Anämie des Gehirns veranlassendes Moment zu sein. Auch hier spielen Hallucinationen eine grosse Rolle, aber Verworrenheit und motorische Erregung sind nicht so hervortretend Dagegen kommt es zu ängstlichen Affekten und Wahnideen.

Die häufigste Betheiligung zeigen Pneumonie, Typhus, Scharlach, ferner Intermittens und akuter Gelenkrheumatismus. Auch die Influenza ist als Krankheitsursache zu nennen. Wie bei anderen akuten fieberhaften Krankheiten tritt hier die Psychose in Folge fluxionärer Hyperämien und Anämien des Gehirns auf, kann aber auch durch leptomeningitische Exsudate tiefer begründet sein.

10. Vergiftungen (akute und chronische). Alkohol, Morphium und andere Narkotica, Cocaïn, Chloroform, Aether, Tabak, ferner Blei und giftige Gase sind als zum Theil längst bekannte Ursachen von Geisteskrankheiten zu nennen (s. Kap. 17).

Vierter Abschnitt.

Die einzelnen Irreseinsformen.

Zehntes Kapitel.

Die Eintheilung der Irreseinsformen.

Aus den Elementarstörungen setzen sich die einzelnen Formen des Irreseins zusammen. Zugleich aber erhalten beide ihre eigenthümliche Färbung durch die veranlassende Krankheitsursache. So sind die Grössenideen eines aus psychischer Ursache Maniakalischen ganz andere, als die eines Paralytikers, die Verfolgungsideen eines an primärem Wahnsinn Leidenden und erblich Belasteten andere, als die eines Epileptikers, die hallucinatorische Verworrenheit des Trinkers wieder andern, als die eines an periodischer Psychose Leidenden. Auch der Verlauf und das Gesammtbild der Krankheit gestaltet sich je nach der veranlassenden Ursache ganz verschieden. Vergleicht man z. B. das alkoholistische Irresein mit dem epileptischen, so finden sich in beiden als Elementarstörungen Hallucinationen, Verworrenheit, tobsüchtiger Bewegungsdrang, Wahnideen, Krämpfe u. s. w. Trotzdem ist das Bild beider Krankheiten nicht blos in seinen Einzelheiten, sondern auch dem ganzen Verlaufe nach grundverschieden. Zieht man nun ausserdem noch die unerschöpfliche Menge individueller Züge in Betracht, so findet man die Erklärung für die ausserordentliche Mannigfaltigkeit der psychotischen Bilder. Dieselbe ist so gross, dass man sagen muss — kein Fall gleicht ganz dem andern, vielmehr trägt jeder sein eigenes Gepräge. Es hat deshalb Autoren gegeben, welche soweit gegangen sind, zu behaupten, eine nach einem bestimmten Principe aufgestellte und consequent durchgeführte Eintheilung der Geisteskrankheiten könne es überhaupt nicht geben. Man thäte deshalb besser, ganz darauf zu verzichten und jeden Fall gewissermassen als eine Species für sich zu betrachten. Dieser Ansicht steht allerdings die Erkenntniss zur Seite, dass es nicht genügt, den einzelnen Fall unter ein Schema zu rubriciren und mit einem Krankheitsnamen, der überdies meist nicht einmal alle Symptome deckt, zu belegen, — sondern dass man ihn zugleich nach seinen zahlreichen individuellen

Zügen beurtheilen muss, wodurch erst die Diagnose zur wirklichen individuell-anthropologischen wird. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, nicht blos, dass Verallgemeinerungen und Abstrahirungen überhaupt ein wesentliches Hilfsmittel des menschlichen Intellekts, ohne welches demselben der Blick über grössere Gebiete verschlossen wäre, darstellen, — sondern dass sich gerade auch bei Geisteskrankheiten ohne Eintheilung und Gruppirung kein rechtes Verständniss gewinnen lässt.

Von verschiedenen Seiten kann man der praktischen Erledigung der Sache näher treten und man hat deshalb auch schon die verschiedensten Eintheilungsprinzipien in Vorschlag gebracht. Es lässt sich darüber Folgendes sagen:

a) Das pathologisch-anatomische Eintheilungsprincip. In Anbetracht, dass Geisteskrankheiten stets körperlich begründet sind, scheint dies der einzig richtige Standpunkt zu sein. Aber er scheint es auch nur. Denn in der That sind wir, wie schon in der Einleitung gelehrt wurde, noch lange nicht so weit, psychische Krankheitssymptome überall mit pathologisch - anatomischen Befunden decken, oder gar den Verlauf einer ganzen Krankheit aus parallel laufenden körperlichen Erscheinungen erklären zu können. Am ersten entsprechen noch die aus wirklichen Cerebropathieen, z. B. Gehirnsyphilis, multipler Sklerose entstandenen Psychosen, ausserdem die Paralyse, dieser Anforderung. Die verborgenen Beziehungen zwischen Körper und Geist, zwischen geistiger Affektion und Gehirnpathologie immer weiter aufzudecken, ist eine Hauptaufgabe der Psychiatrie und wir werden uns dem Ziele mehr und mehr nähern. Aber als Eintheilungsprincip ist der pathologisch-anatomische Standpunkt zunächst noch unbrauchbar.

b) Das psychologisch - symptomatische Eintheilungsprincip. Es ist das älteste, noch heute am meisten gebräuchliche und dabei bequemste. Denn es gestattet, alle Krankheitsformen in gewissen grossen nach den psychologischen Kategorien des Fühlens und Empfindens, des Vorstellens und Urtheilens und des Handelns geordneten Gruppen zusammenzufassen. Aber es ist zugleich auch unlogisch, indem es ätiologisch und klinisch ganz verschiedene Zustände in einer Gruppe vereinigt, zusammengehörige dagegen trennt. So vereinigt es z. B. die ganz von einander verschiedenen Formen der primären und der sekundären Paranoia in einer Gruppe (Wahnsinn), während es letztere von dem sekundären Blödsinn, dessen Vorstufe es

ist, abtrennt. Trotz solcher Mängel ist der psychologische Standpunkt nicht zu entbehren.

c) Das ätiologische Princip gruppirt die Formen nach ihren Ursachen. Es erweist sich als sehr fruchtbar, indem dadurch genügend von einander unterschiedene, scharf umrissene Krankheitstypen mit bestimmtem Verlauf geschaffen werden. So sprechen wir von einem epileptischen, einem luetischen, einem alkoholistischen, einem Pubertäts-, einem senilen Irresein, einem Irresein der Gefangenen und Vagabonden u. s. w. und mit jedem dieser Ausdrücke verbinden wir die Vorstellung eines klinisch von jedem andern scharf getrennten Krankheitsbildes. Aber es ermöglicht keine Vollständigkeit, indem bei einer grossen Reihe von Krankheitsformen die Aetiologie überhaupt noch vollkommen dunkel ist.

d) Das auf dem Verlaufe fussende Eintheilungsprincip. Man spricht hier von einem transitorischen, einem akuten, einem chronischen, einem periodischen und circulärem Irresein. Als alleiniges Einteilungsprincip hat dasselbe natürlich keine Berechtigung, da es nur eine sehr ungenügende Gruppirung möglich machen würde.

e) Das moderne klinische Eintheilungsprincip geht von einem eklektischen Standpunkte aus, indem es von jedem der vorhergenannten Eintheilungsprincipien etwas angenommen hat. Es kennzeichnet sich dadurch, dass es zu Krankheitstypen solche Fälle zusammenfasst, die durch Gleichartigkeit der Pathogenese, der Symptome, des Verlaufes und womöglich auch der pathologisch-anatomischen Grundlage zusammengehören. Hier ist jedoch Alles noch im Flusse, eine feste allgemein anerkannte Norm noch nicht gefunden. Man ist noch fortwährend darauf aus, Krankheitstypen auszusondern, deren Berechtigung wieder von Andern angefochten wird, und jeder Autor, jeder Lehrer hat sich wohl seine eigene Eintheilung zurechtgemacht.

Die in Folgendem gegebene Eintheilung schliesst sich im Wesentlichen diesem Principe an.

Die erste Hauptgruppe umfasst die sogenannten Psychoneurosen, d. h. diejenigen Formen, bei denen sich die Hauptsymptome, ohne dass sich schwere pathologisch-anatomische Grundlagen erkennen lassen, auf den seelischen Gebieten des Empfindens und Vorstellens, der Stimmung und des Urtheilens abspielen. Hierher gehören die in schweren Stimmungsanomalien sich kundgebenden grossen Affektkrankheiten, nämlich die Melancholie und die Manie mit ihren Ueber-

gängen in Tobsucht und in sekundäre Schwächezustände — ferner die akuten Bewusstseinsstörungen, zu denen der primäre Blödsinn und die akute Verworrenheit gehören, — endlich die paranoischen Formen, deren hauptsächliches Merkmal in Wahnideen und Irrereden besteht, mit ihren verschiedenen Unterarten. Auch das periodische Irresein, bei dem sich die Psychose wesentlich in den Formen des affektiven Irreseins abspielt, wird in diese erste Hauptgruppe mit hineinbezogen.

Die zweite Hauptgruppe umfasst gleichfalls solche Formen, bei denen zwar eine sichere pathologisch-anatomische Grundlage fehlt, die aber doch eine besondere Färbung dadurch erhalten, dass sie mit schweren allgemeinen Neurosen einhergehen. Hierher gehören das epileptische, das hysterische, das neurasthenische und das choreatische Irresein.

Die Vergiftungspsychosen bilden die dritte Hauptgruppe. Wir rechnen hierher als Hauptformen den akuten und den chronischen Alkoholismus mit dem Delirium tremens, den Morphinismus und das Irresein durch Bleivergiftung.

Als vierte Hauptgruppe schliessen sich die organischen, d. h. diejenigen Geisteskrankheiten an, wo bei schweren pathologisch-anatomischen Organerkrankungen des Gehirns psychische Symptome im Vordergrunde stehen. Hierher gehört das Irresein der Greise, die Paralyse, das luetische Irresein, das traumatische Irresein, das Irresein bei multipler Sklerose und bei Neubildungen. Dem akuten Delirium, das ebenfalls zu dieser Hauptgruppe gerechnet werden kann, ist gleichwohl seine Stellung noch nicht fest angewiesen. Wir werden es aus praktischen Gründen schon in der ersten Hauptgruppe im Anschluss an die akute Verworrenheit abhandeln.

Die fünfte Hauptgruppe endlich umfasst die angeborenen oder in frühester Kindheit erworbenen Entwickelungshemmungen des Gehirns, also den Idiotismus und Cretinismus, nebst dem sogenannten moralischen Irresein.

Aus dieser Eintheilung ergiebt sich folgendes Schema:

I Die Psychoneurosen.

A. Der primäre Blödsinn.
B. Die akute Verworrenheit
C. Die Melancholie:
 1. die einfache schmerzliche Melancholie,
 2. die Melancholie mit Angstaffekten:
 a) die Melancholie mit Präkordialangst,
 b) die Melancholia attonita.
D. Die Manie.

E. Die Tobsucht.

F. Die sekundären Schwächezustände:
1. die sekundäre Paranoia (sekundäre Verrücktheit),
2. der sekundäre Blödsinn.

G. Die Paranoia:
1. die hallucinatorische Paranoia,
2. die Paranoia aus primären Wahnideen:
 a) die Paranoia aus angeborener Anlage (originäre Verrücktheit),
 b) die einfache primäre Paranoia,
 α) mit Verfolgungsideen
 β) mit Wahnideen geförderter Interessen.
3. die hypochondrische Paranoia.

H. Die Katatonie:
1. die katatonische Melancholie,
2. die katatonische Paranoia (Verrücktheit).

J. Das periodische Irresein:
1. die periodische Melancholie,
2. die periodische Manie,
3. das circuläre Irresein,
4. das deliröse periodische Irresein,
5. das triebhafte periodische Irresein,
6. das menstruale periodische Irresein.

II. Die mit centralen Neurosen verbundenen Geisteskrankheiten.

A. Das epileptische Irresein:
1. das transitorische epileptische Irresein,
2. die epileptische Paranoia,
3. die epileptische Entartung.

B. Das hysterische Irresein:
1. das transitorische hysterische Irresein,
2. das chronische hysterische Irresein:
 a) die hysterischen Affektkrankheiten,
 b) die hysterische Entartung.

C. Das neurasthenische Irresein:
1. das hypochondrische Irresein,
2. das Irresein aus Zwangsvorstellungen.

D. Das choreatische Irresein.

III. Die Vergiftungspsychosen.

A. Das alkoholistische Irresein:
 1. das Delirium tremens,
 2. das chronische alkoholistische Irresein.
B. Der Morphinismus.
C. Das Irresein durch Bleivergiftung.

IV. Die organischen Geisteskrankheiten.

A. Das akute Delirium.
B. Das Irresein der Greise:
 1. der Alterswahnsinn,
 2. der Altersblödsinn.
C. Die Paralyse.
D. Das luetische Irresein.
E. Das traumatische Irresein.
F. Das Irresein bei multipler Sklerose.
G. Das Irresein bei Neubildungen im Gehirn.

V. Angeborene oder in frühester Kindheit erworbene Entwickelungshemmungen des Gehirns mit geistigen Störungen.

A. Der Idiotismus und Cretinismus.
B. Das moralische Irresein.

Elftes Kapitel.

I. Die Psychoneurosen.

Unter Psychoneurosen versteht man solche Gehirnkrankheiten, bei denen sich das Leiden hauptsächlich, wenn auch nicht ausschliesslich, in Störungen auf geistigem Gebiete zeigt, und welche, im Gegensatz zu den aus idiopathischen Gehirnkrankheiten, z. B. der Paralyse entstehenden Psychosen, keine sichere pathologisch-anatomische Grundlage erkennen lassen. Die Veränderungen, welche das Gehirn erleidet, sind meist unbekannt. Nur im affektiven Irresein, beziehungsweise den frischen Fällen von Melancholie und Manie, dürfen wir fluxionäre Zustände von Hyperämie und Anämie annehmen. Ferner sehen wir auch wohl bei den dem affektiven Irresein folgenden unheilbaren terminalen Schwächezuständen auf dem Sektionstische leptomeningitische Verdickung und Rindenatrophie. Dagegen sind uns in der grossen Gruppe der primären Paranoia die organischen Veränderungen des Centralorgans noch ganz unbekannt. — Nach alledem dürfen wir die Psychoneurosen auch als funktionelle Gehirnkrankheiten bezeichnen.

A. Der primäre Blödsinn.

In jeder Form des Irreseins können stuporöse Zustände (s. Kap. 3, E) vorübergehend vorkommen. Tritt dagegen Stupor ohne vorhergegangene psychische Krankheitserscheinungen selbstständig auf, so stellt er eine eigene klinische Form dar, die man mit dem Namen primärer Blödsinn oder (primäre) Stupidität belegt.

Der primäre Blödsinn ist stets der äussere Ausdruck eines erschöpften oder erschütterten Gehirns. Die veranlassenden Ursachen sind demgemäss auch entweder langsam schwächende Schädlichkeiten, wie fortgesetzte Blutverluste, Samenvergeudung, übermässige Laktation durch zu häufiges und zu langes Selbstnähren, — oder es sind heftig wirkende psychische Ursachen, namentlich plötzlicher Schreck, der ähnlich wie eine mechanische Gehirnerschütterung und um so heftiger wirkt, je schwächer von Haus aus die Körper-Konstitution angelegt ist. Meist ist demnach der primäre Blödsinn als eine Erschöpfungspsychose aufzufassen. Auch grosse, langeinwirkende Hitze ist als Ursache zu beschuldigen. Namentlich ist beobachtet worden, dass die unter den Tropen bei Dampfschiffsheizern nicht selten ausbrechenden akuten Psychosen gern den Charakter des primären Blödsinns annehmen.

Die Entstehung ist, den veranlassenden Ursachen entsprechend, gleichfalls entweder eine allmälige oder plötzliche. Im ersteren Falle beobachtet man, wie der Kranke von Tag zu Tag an geistiger und körperlicher Regsamkeit verliert, wie er viele Stunden lang auf einen Punkt hinstarrend verharren kann oder wie er im Stehen und Gehen einschläft. Die psychische Erregbarkeit nimmt nun immer mehr ab, bis schliesslich die tiefste Stufe des Stupors, auf der der Kranke nicht mehr die eigenen Körperreize, viel weniger etwas von der Aussenwelt wahrnimmt, erreicht ist. — Beim plötzlichen Stupor wird der Weg rascher, beziehungsweise auf ein Mal zurückgelegt. Doch pflegt hier die stuporöse Versunkenheit gewöhnlich nicht so tief zu sein. Namentlich der Reiz körperlicher Bedürfnisse wird empfunden, der Kranke vollzieht auch die zur Befriedigung nöthigen Bewegungen, wenn auch oft in scheinbar bewusstlosem Zustande, ähnlich wie der Verletzte, der eine Gehirnerschütterung erlitten hat.

Die äusseren Symptome, soweit sie sich nicht schon aus dem Gesagten ergeben, sind Unbeweglichkeit, blöder oder wenigstens theilnahm- und affektloser Blick, schlaffe Miene, — ferner oberflächliches Athmen, schwacher Herzschlag, trockene Haut, kalte, bleiche oder livide Extremitäten, subnormale Temperatur, sinkendes Körpergewicht.

Zum primären Blödsinn sind auch die Fälle von Stupor, die sich durch langandauernde Schlafsucht kundgeben, zu rechnen. Die leichteste Form ist die, wo der Kranke Tage lang hintereinander schläft, ohne aufzuwachen und ohne erweckt werden zu können. Dem spontanen Erwachen folgt dann entweder unmittelbar die Genesung, oder es halten noch leichte Schwächezustände und ein Rest von stuporöser Langsamkeit im Wahrnehmen, Denken und den Bewegungen eine Zeitlang an. In schweren Fällen dauert der Schlaf wochen-, monate-, ja selbst viele Jahre lang an. Doch pflegt sich in diesen Fällen eine gewisse Gewöhnung an körperliche Bedürfnisse auszubilden. Die Kranken richten sich, um gefüttert zu werden, im Bette auf, geben durch leichte Unruhe zu verstehen, wenn ein Bedürfniss zu befriedigen ist, oder stehen wohl auch selbst auf, um sich des Nachtgeschirrs zu bedienen. Sie gleichen alsdann in ihrem schlaftrunkenen Zustande ganz solchen, die von einer mechanischen Gehirnerschütterung betroffen worden sind. — Der Stupor erstreckt sich auch auf die vegetativen Funktionen. Die Athmung wird oberflächlicher, der Puls langsamer und kleiner, Stoffwechsel, Ernährung, Verdauung und Ausscheidung gehen langsamer von Statten, die Eigenwärme sinkt. Soweit gleicht der stuporöse Schlaf dem gesunden. Nur ist die Ebbe der vegetativen Funktionen und die Bewusstlosigkeit tiefer. Auch hier ist der Ausgang meist günstig. Doch kommen auch Fälle vor, wo die Depression so tief wird, dass endlich der Tod eintritt. In den Sektionsergebnissen findet man alsdann keine Erklärung für das eigentliche Krankheitsbild.

Der Verlauf des primären Blödsinns ist meist gleichmässig, mitunter aber auch remittirend, wobei die Perioden grösserer Regsamkeit Tage lang währen können. — Die Dauer kann bis zu einem halben Jahre und darüber betragen. — Der Ausgang ist meist ein günstiger, namentlich bei den plötzlich entstandenen Fällen. Gewöhnlich fehlt nach eingetretener Genesung die Rückerinnerung an die Krankheitszeit.

Die unterscheidende Diagnose zwischen primärem Blödsinn und dem torpid-apathischem Blödsinn des Idioten ist leicht zu stellen. Zunächst führt schon die Anamnese auf den richtigen Weg. Aber auch, wenn dieselbe im Stich lassen sollte, z. B. bei fremden, auf der Strasse gefundenen Personen, wird die genaue Körper-, beziehungsweise Schädeluntersuchung Aufschluss geben. Ueber die Unterscheidung von Melancholia attonita und sekundärem Blödsinn s. Kap. 12 und 13.

1. Krankenvorstellung. Primärer Blödsinn (Taf. 4, Fig. 1—2) Der 46jährige Mann ist Klempner. Die Vorgeschichte ist nur sehr unvollkommen bekannt. Wir wissen nur, dass er hier sein Geschäft

betrieben, aber Nichts vor sich gebracht, auch mit seiner Frau in häuslichem Unfrieden gelebt hat. Trinker ist er nicht gewesen. Ob er sonst schon schwere Krankheiten durchgemacht, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden In der Anstalt befindet er sich seit einem halben Jahre, nachdem er Tags zuvor obdachlos aufgegriffen worden war.

Der Kranke ist von mittelgrosser, corpulenter Statur, lymphatisch-anämischer Constitution und zeigt blasse, verschwommene Gesichtszüge. Die physikalische Untersuchung ergiebt nichts Abnormes. Er verharrt in völliger Unbeweglichkeit in gebückter Haltung mit vornübersinkendem Kopfe und geschlossenen Augen und spricht kein Wort. Nur selten gelingt es, ihm auf wiederholtes Befragen ein Nicken oder Schütteln des Kopfes abzugewinnen. Er muss meist gefüttert und an seine Bedürfnisse, die er dann schlafwandelnd verrichtet, erinnert werden. Der Puls ist klein, die Athmung oberflächlich. Fig 1 lässt die geistige Leere deutlich erkennen an der blöden, apathischen Miene, die ganz der eines Schlafenden gleicht. Auf Fig. 2 zeigt der Kranke eine lächelnde Miene, wodurch der Anschein erweckt wird, als ob heitere Vorstellungen die Seele beschäftigten. Doch ist es, selbst wenn das in diesem Augenblicke der Fall sein sollte, nicht unbedingt nöthig anzunehmen, dass die lächelnde Miene auch hier, wie gewöhnlich, der heiteren Vorstellung folgt. Vielmehr ist das Verhältniss wahrscheinlich umgekehrt. Durch Hirnreiz sind die betreffenden Muskelparthieen direkt zur Zusammenziehung gebracht worden und erst sekundär ist der Muskelaktion die dazu gehörige Vorstellung gefolgt. — Das Bewusstsein ist übrigens keineswegs ganz geschwunden. Denn mitunter wenigstens versteht der Kranke, was man ihm sagt, und vollführt auch einfache Befehle. Er giebt die Hand, zeigt die Zunge, steht auf, wenn auch Alles nur langsam und wie im Traume geschieht.

In diesem Zustande verharrt der Kranke nun schon seit seiner Aufnahme. Nur einmal hat er vorübergehend ein anderes Verhalten gezeigt. Er lachte plötzlich laut und krampfhaft auf und schlug mit den Händen um sich, wobei er offenbar ganz ohne Besinnung war. Die Pupillen zeigten während dieses 6 Stunden dauernden Anfalles keine Reaktion. Unter den psychischen Elementarstörungen traten hier namentlich verminderte Reizempfänglichkeit und Stupor in den Vordergrund. Empfindung und Vorstellung sind behindert, so zu sagen gelähmt, und in Folge dessen liegt auch die motorische Seite des Seelenlebens darnieder. Die sogenannten natürlichen Lebensreize reichen hier, in Folge des das Gehirn belastenden Druckes, nicht aus, den psychischen Mechanismus von Vorstellung und Bewegung auszulösen. Auch die Stummheit ist hier nicht etwa die Folge von Wahnideen oder verbietenden Hallucinationen, auch nicht einer durch Untergang von Vorstellungsganglien bedingten geistigen Leere überhaupt, sondern gleichfalls nur ein Ausdruck der psychischen Hemmung.

B. Die akute Verworrenheit.

Die akute Verworrenheit gehört zu den am häufigsten beobachteten primären Formen von Geisteskrankheit. Sie kommt bei akuten fieberhaften Krankheiten, z. B. der Lungenentzündung, dem Typhus, dem Scharlach u. s. w. und zwar entweder auf der Höhe des Fiebers oder in der Abfieberungsperiode, im Wochenbett, oder auch im Gefolge chronischer, die Ernährung allmälig untergrabender Krankheiten vor, — oder endlich auch nach übermässiger geistiger Anstrengung. Sie ist also Symptom sowohl eines Schwäche-, als eines Reizzustandes des Gehirns, immer aber der funktionellen Erschöpfung desselben.

Die Symptome sind:

1. Hallucinationen, und zwar vorzugsweise und zuerst des Gesichts. Der Kranke sieht in unendlichem Zuge alles Mögliche an sich vorüberziehen, oder Gestalten, thierische und menschliche, sich ihm nähern und auf ihn eindringen. Dazu gesellen sich bald Gehörshallucinationen, die anfänglich nur Geräusche und Getöse mancherlei Art, später aber auch Worte, Drohungen und Beschimpfungen vortäuschen. Selten ist der Inhalt der Hallucinationen ein angenehmer, meist ist er vielmehr schreckhaft und angsterregend.

2. Stimmungsanomalien. Meist ist der Kranke geängstigt, wobei die schreckhaften Hallucinationen sowohl Ursache wie Wirkung darstellen. Seltener und nur vorübergehend ist die Stimmung heiter. Doch ist hierbei zu bemerken, dass die Stimmung niemals primär erkrankt ist, sondern zum Theil von dem Inhalte der Hallucinationen abhängt und deshalb auch häufig wechselt. Nicht ganz selten übrigens berühren die Hallucinationen die Stimmung überhaupt nicht. Namentlich gilt dies von den Gesichtshallucinationen. Der Kranke sieht den ganzen wirren Zug von Gestalten vor seinem Auge vorüberziehen, ohne ihm mehr als ein flüchtiges Interesse, höchstens Staunen und Verwunderung entgegenzubringen.

3. Benommenheit und Unklarheit des Bewusstseins Dieselbe ist nicht so tief wie beim Fieberdelirium, mit dem die hallucinatorische Verworrenheit sonst manche Aehnlichkeit darbietet. Aber der Kranke ist sich doch der Lage nicht immer bewusst, er verkennt Umgebung und Personen und redet irre. Der Inhalt der Reden ist confus und gleicht dem unzusammenhängenden Gefasel der Fieberdelirien. Nur selten kommt es vor, dass eine bestimmte Wahnidee einige Zeit lang wiederkehrt.

4. Tobsüchtige Erregung. Theils sind es Zweckhandlungen, indem der Kranke den schreckhaften Eindrücken zu entfliehen oder sie abzuwehren sucht, theils wird nur ein zweckloser automatischer

Bewegungsdrang ausgelöst. Der Kranke wühlt im Bett, wirft sich herum, schreit sinnlos u. s w.

5. Gewichtsabnahme. Sie ist der Ausdruck der Störung auf trophischem Gebiete, alsdann aber auch eine Folge mangelhaften Schlafes und unregelmässiger Nahrungsaufnahme.

Der Verlauf zeichnet sich aus:

a) durch raschen Wechsel der Stimmung. Aengstlich-melancholische Verstimmungen lösen sich mit maniakalischen oft schon innerhalb einer Stunde ab,

b) durch das Fehlen systematisirter Wahnideen, wodurch sich die Delirien der akuten Verworrenheit von denen des affektiven Irreseins (s. Kap. 12) und der Paranoia (s. Kap. 14) wesentlich unterscheiden.

Der Ausgang ist meist in Genesung, oft schon nach wenigen Wochen, selten erst in Jahresfrist. Mitunter tritt Tod durch Erschöpfung ein, noch seltener der Ausgang in chronische Verworrenheit und unheilbare chronische Schwächezustände.

Zur akuten Verworrenheit darf man auch die Form rechnen, die man gewöhnlich mit dem Namen: akutes Delirium (delirium acutum) belegt.

Die pathologisch-anatomische Grundlage des akuten Deliriums findet man häufig in entzündlichen Vorgängen des Gehirns und der Hirnhäute, und zwar handelt es sich entweder um seröse oder eitrige Exsudate, oder auch nur um einfache Hyperämien. — Die veranlassenden Ursachen sind theils plötzlich, theils allmälig wirkende. Unter ersteren sind Kopfverletzungen und Sonnenstich, unter letzteren allgemeine oder das Gehirn insbesondere treffende Erschöpfungsvorgänge, ungenügende Ernährung, Sorge und Kummer, aufreibende körperliche und geistige Arbeit, auch Excesse zu nennen. Häufig handelt es sich um von Haus aus veranlagte, namentlich zu vasomotorischen Störungen geneigte Personen. In jedem Falle aber wird man ein in seiner Widerstandskraft geschwächtes Gehirn, beziehungsweise ein leicht reizbares vasomotorisches System, voraussetzen müssen.

Symptome und Verlauf des akuten Deliriums. Das akute Delirium ist eine fieberhafte Krankheit, indem es mit erhöhter Eigenwärme, die auf 40° und darüber steigen kann, zu verlaufen pflegt.

Anfänglich, d. h. so lange das Gehirnleiden sich in den Grenzen einer einfachen Hyperämie bewegt, pflegen die Erscheinungen des Gehirnreizes vorherrschend zu sein Starkes Kopfweh mit Spannung und Druck, Hitze und Congestionen nach dem Kopf, Injection der Bindehaut, verengerte Pupillen werden beobachtet. Die Kranken selbst

haben das Gefühl einer herannahenden schweren Erkrankung, sie sind reizbar, heftig, auffahrend oder ängstlich und weinerlich. Sie klagen, dass sie nicht denken können. Grosse Hinfälligkeit, Schlaflosigkeit, meist für die ganze Dauer des akuten Leidens, und Ueberempfindlichkeit für Sinneseindrücke tritt ein.

Bald entwickelt sich das Krankheitsbild zu voller Höhe. Verworrenheit und Benommenheit des Bewusstseins werden immer grösser, wirre Delirien mit sehr beschleunigtem Vorstellungsablauf und meist ängstlichen, schreckhaften Charakters treten auf. Schwerer tobsüchtiger Bewegungsdrang, mitunter mit dem erkennbaren Zweck, dem drohenden Unheil zu entfliehen, mitunter aber auch lediglich als Zeichen der primären Erregung der motorischen Centren zweck- und ziellos sich gebend, hilft das Krankheitsbild vollenden. Mitunter, wenn auch selten, tragen die Delirien keinen schreckhaften, sondern einen friedlichen, heiteren Charakter, — statt von Blut und Feuer träumen die Kranken von Blumen und Sonnenschein.

Auch auf die subcorticalen Centren erstreckt sich der Gehirnreiz, wie aus dem Auftreten unwillkürlicher bis zu Convulsionen sich steigernden Bewegungen zu schliessen ist. Ebenso pflegt auch die Erregbarkeit der Reflexcentren und der sensiblen Sphäre erhöht zu sein. Zeitweise Nachlässe, die so tief sein können, dass sie beginnende Reconvalescenz vortäuschen, sind gleichfalls selten fehlende Erscheinungen im Verlaufe das Leidens.

Zu den Zeichen des Hirnreizes gesellen sich frühzeitig die des Gehirndruckes. Schon von Beginn an liegt auf dem Bewusstsein ein dichter Schleier. Der Kranke empfindet Alles nur wie durch einen Nebel hindurch, seine Sprache und seine Bewegungen haben etwas Traumhaftes an sich. Gehirndruck bedeutet immer eine schwerere anatomische Störung, und auch hier ist sie, im Gegensatz zu der einfachen Hyperämie, als klinisches Zeichen der Stauung und Ausschwitzung zu betrachten.

Steigt der Gehirndruck, so wird die Benommenheit immer tiefer, die erst noch furibunden Delirien werden faselnd, die Bewegungen unbewusst und ataktisch. Gleichzeitig treten die Erscheinungen der Herzschwäche auf, das Fieber wird adynamisch, Collapserscheinungen zeigen sich und nach immer tieferem Verfalle, nach Lungenhypostasen, brandigem Aufliegen und äusserster Abmagerung erliegt endlich der Kranke.

Dieser Ausgang in den Tod, und zwar nach etwa zwei- bis dreiwöchentlichem Krankenlager, ist der häufigste. Doch kommen auch Fälle von Genesung vor, entweder nach einer sehr langen Reconvalescenz, oder auch in raschem subacutem Verlaufe.

Unterscheidende Diagnose. Von der gewöhnlichen akuten Verworrenheit unterscheidet sich das akute Delirium durch das Fieber und die meistens grössere Heftigkeit des motorischen Dranges, sowie durch noch tiefere Bewusstseinsstörung, endlich auch durch die Zeichen sensibler und motorischer Hirnreizung. Von dem affektiven Irresein, Melancholie und Manie (s. Kap. 13 C.) ist das akute Delirium gleichfalls durch diese Symptome geschieden.

Man kann das akute Delirium auch zu den organischen Geisteskrankheiten (s. Kap. 18) rechnen. Aber aus praktischen Gründen ist es zweckmässig, es von der akuten Verworrenheit, der es äusserlich sehr ähnelt und mit der es viele Züge gemein hat, nicht zu trennen.

2. Krankenvorstellung. Akute Verworrenheit mit Uebergang in chronische Verworrenheit. (Taf. 5, Fig. 1 u. 2.) Das 24 jährige Landmädchen befindet sich seit länger als einem Jahre in der Anstalt. Die Kranke war einige Wochen vor ihrer Aufnahme durch stilles Wesen, das mit ihrer sonstigen Heiterkeit gar nicht stimmte, und durch Unlust zur Arbeit aufgefallen. Später traten Angstanfälle und in Folge deren so starke Erregung auf, dass die Kranke der Anstalt übergeben werden musste. Was zur Erkrankung geführt haben kann, blieb ganz im Dunkeln, weder geistige noch körperliche Ursachen liessen sich finden. Erbliche Belastung war auch nicht vorhanden.

Der Kranke ist von ziemlich grosser Statur, festem Knochenbau, eckigen Zügen. Die Ernährung ist schlecht, auch die Muskulatur geschwächt, die Haut, von schmutzig-graugelber Farbe, fasst sich kalt und klebrig an Während der Aufnahme ist die Kranke still und starrt unverwandt auf einen Punkt, das Gesicht zu einem leeren Lächeln larvenhaft verzogen. Auf Fragen giebt sie gar keine Antwort. Sie lässt sich ruhig zu Bett bringen und bleibt auch die ersten Stunden ruhig liegen. Später trat dann starke psychische und motorische Unruhe ein, die Kranke war kaum im Bett zu halten, lachte und lärmte oder leierte mit halb betendem, halb singendem Tonfall religiöse Lieder herunter, mit den Händen den Takt dazu schlagend. Ihre Augen sind dabei weit geöffnet, der Blick starr und erwartungsvoll auf einen Punkt gerichtet, die Miene blöde lächelnd. Durch Anreden und Schütteln lässt sich die Kranke gar nicht stören, sondern setzt unbeirrt ihr Singen fort. Aus dem ganzen Benehmen geht hervor, dass sie an Hallucinationen beängstigenden Inhalts und zugleich an völliger Verworrenheit, die sie selbst über Ort und Lage in völliger Unkenntniss lässt, leidet Eine fast fortwährende und unausgesetzte Unruhe ist die Folge der Angstgefühle und der verwirrenden Hallucinationen, unter denen namentlich auch Gesichtshallucinationen eine Rolle spielen. Die Kranke glaubt sich verfolgt, sie betet, singt, weint, kriecht unter die Bettdecke, oder sie sucht sich zu schützen, nach dem Grundsatz, dass Angriff die beste Vertheidigung sei (Fig. 1.)

Mit wenigen Unterbrechungen, bei sparsamem und unterbrochenem Schlaf, dauerte der gleiche Zustand mehrere Monate.

Einige Male traten dazwischen Episoden geistiger und körperlicher Erschöpfung auf, während deren die Kranke gern zu Bett liegen blieb, sehr elend aussah und die gebotene Pflege willig annahm. Allmälig jedoch veränderte sich das Befinden, leider in sehr unerwünschter Weise. Die heftige Unruhe sank allerdings von ihrer Höhe herab, auch die Hallucinationen traten nicht mehr so in den Vordergrund, wie bisher. Dafür beherrschten wieder Angstgefühle die Scene. Zwei-, dreimal täglich wurden schwere Angstparoxysmen durchgemacht, die zwar nur von kurzer Dauer waren, aber häufig Chloroformeinathmungen nöthig machten, da hierdurch am besten Beruhigung erzielt wurde. Auch katatonische Flexorenspannungen bildeten sich aus. Die Kranke setzte jeder nothwendigen Hantierung, dem Reinigen, Ankleiden, Füttern, einen energischen passiven Widerstand entgegen, und die Pflege wurde immer schwieriger. — Zugleich aber, und dies war die bedenklichste Veränderung, verödete auch der Geist allmälig. An ihrem Aussehen während dieser zweiten Krankheitsperiode lässt sich der Umschwung deutlich erkennen. Von der stumpfen, blöden Miene, aus dem ausdruckslosen Auge, dem stieren geistlosen Blicke (Fig. 2) ist die fortschreitende Umnachtung abzulesen. — Offenbar ist zu der fortbestehenden Verworrenheit auch noch virtuelle Verstandesschwäche hinzugetreten. Nur ganz selten erfreut sich die Kranke einmal eines helleren Augenblickes, wo sie sich der Umgebung und ihrer selbst etwas bewusst wird, ja selbst eine kleine Handreichung leistet. Nicht lange, und sie versinkt wieder in ihr träumerisch-ängstliches, unruhig-verworrenes Wesen. Das Körpergewicht, das während des ersten Halbjahres um 11 Kilogramm gefallen war, hat sich seitdem um ebensoviel wieder gehoben.

Die psychischen Elementarsymptome, aus denen sich das Leiden zusammensetzt, waren also hier anfänglich: Präkordialangst, Hallucinationen, Verworrenheit und motorische Erregtheit. Vor Allem war es die Verworrenheit, die Höhe durch und Dauer dem Krankheitsbilde ihren Stempel aufdrückte. Später trat noch Intelligenzschwäche hinzu und half die ohnehin ungünstige Prognose noch mehr verschlechtern.

3. Krankenvorstellung. Akutes Delirium mit Ausgang in Genesung. (Taf. 6, Fig. 1.) Die Krankheit bei dem erblich nicht belasteten, bisher stets gesund gewesenen 22jährigen Mädchen hatte mit leichter maniakalischer Verstimmung begonnen. Ein neuer Dienst, der angetreten werden sollte, erschien in den glänzendsten Farben und wurde als etwas Ausgezeichnetes und Niedagewesenes bezeichnet, worüber man sich sehr glücklich fühle. Bald aber gesellten sich bedenkliche und etwas verworrene Grössenideen hinzu. Man war das liebe Jesuskindlein, ja der Messias selbst in seiner ganzen Grösse geworden. Das Bewusstsein wurde immer umwölkter, die Kranke wusste bald nicht mehr, wo sie war und kannte ihre Umgebung nicht. Gesichts- und Gehörshallucinationen traten hinzu und starker Bewegungsdrang machte sich geltend. Ohne Aufhören war die Kranke in Bewegung, schwatzte sinnloses Zeug durcheinander,

sang und lachte. Offenbar war ihr umnebeltes Bewusstsein vorzugsweise mit heiteren Bildern beschäftigt (Fig. 1).

Der Puls fühlte sich mässig voll und frequent an, die Temperatur war während der ersten Wochen des Anstaltsaufenthaltes erhöht und zeitweise bis über 40° C. steigend. Die Pupillen waren erweitert, erst in der späteren Periode der Krankheit, d. h vom 7. Tage ab, eng zusammengezogen Krämpfe fehlten, dagegen war Opisthotonus vorhanden und der Kopf wurde stark in den Nacken gezogen Auch mag nicht unerwähnt bleiben, dass das vasomotorische System seine Betheiligung durch die rasche Röthung der mit dem Finger auf der Haut des Bauches und der Brust leise gezogenen Striche verrieth.

Nach 14 Tagen, etwa 6 Wochen nach Beginn der Krankheit, fingen die Erscheinungen an, zurückzugehen. Die grosse Unruhe liess nach, der Schlaf wurde fester, der Opisthotonus löste sich und die Temperatur ging in ihre normalen Grenzen zurück. Auch die Besinnlichkeit kehrte wieder, maniakalische Ideen wurden nicht mehr geäussert, und nach einer kurzen Periode der Reizbarkeit, während deren die Kranke wohl Misstrauen in ihre Umgebung äusserte, sich leicht verletzt fühlte und gelegentlich schnippische Antworten gab, trat in überraschend kurzer Zeit völlige Genesung mit beträchtlicher Zunahme des Körpergewichts ein.

Die körperliche Diagnose war auf Meningitis, beziehungsweise Hyperämie der Rinde und der Hirnhäute, zu stellen Die Krankheit auf ihrer Höhe bietet einen gelungenen Typus für das akute Delirium dar. Bemerkenswerth in dem Krankheitsverlauf ist vor Allem der den körperlichen Symptomen so weit vorauseilende maniakalische Zustand. —

Ein Gegenstück hierzu bietet der Fall, der in der nächstfolgenden Skizze beschrieben wird.

1. Krankenskizze. Delirium acutum in Folge tuberculöser Meningitis. Tod. Ein 34jähriger Schneider, dessen Eltern beide an Phthisis zu Grunde gegangen waren, erkrankte, wenn auch nicht unter schweren Erscheinungen, an Husten und Auswurf. Wenige Tage darauf brach tobsüchtige Erregung aus.

Der Kranke erweist sich bei der Aufnahme als sehr schwächlich und in seiner Ernährung herabgekommen. Er ist skoliotisch, von kleinem Wuchs, schlecht entwickelter Muskulatur, fahlem und blassem Aussehen. Neben den Lungenspitzen findet sich leichtes Schleimrasseln, doch fehlen Dämpfung und Bronchialathmen. Der Puls ist beschleunigt, = 94, die Temperatur nicht erhöht. Die Pupillen sind mittelweit und reagiren gut. Der Kranke zeigt sich sehr aufgeregt, lärmt und schreit und will sich nicht fügen, da er nicht krank sei. Ob Gehörshallucinationen vorliegen, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Doch bleibt fortan das Bewusstsein getrübt, wenn auch nicht ganz umhüllt. Krankheitseinsicht

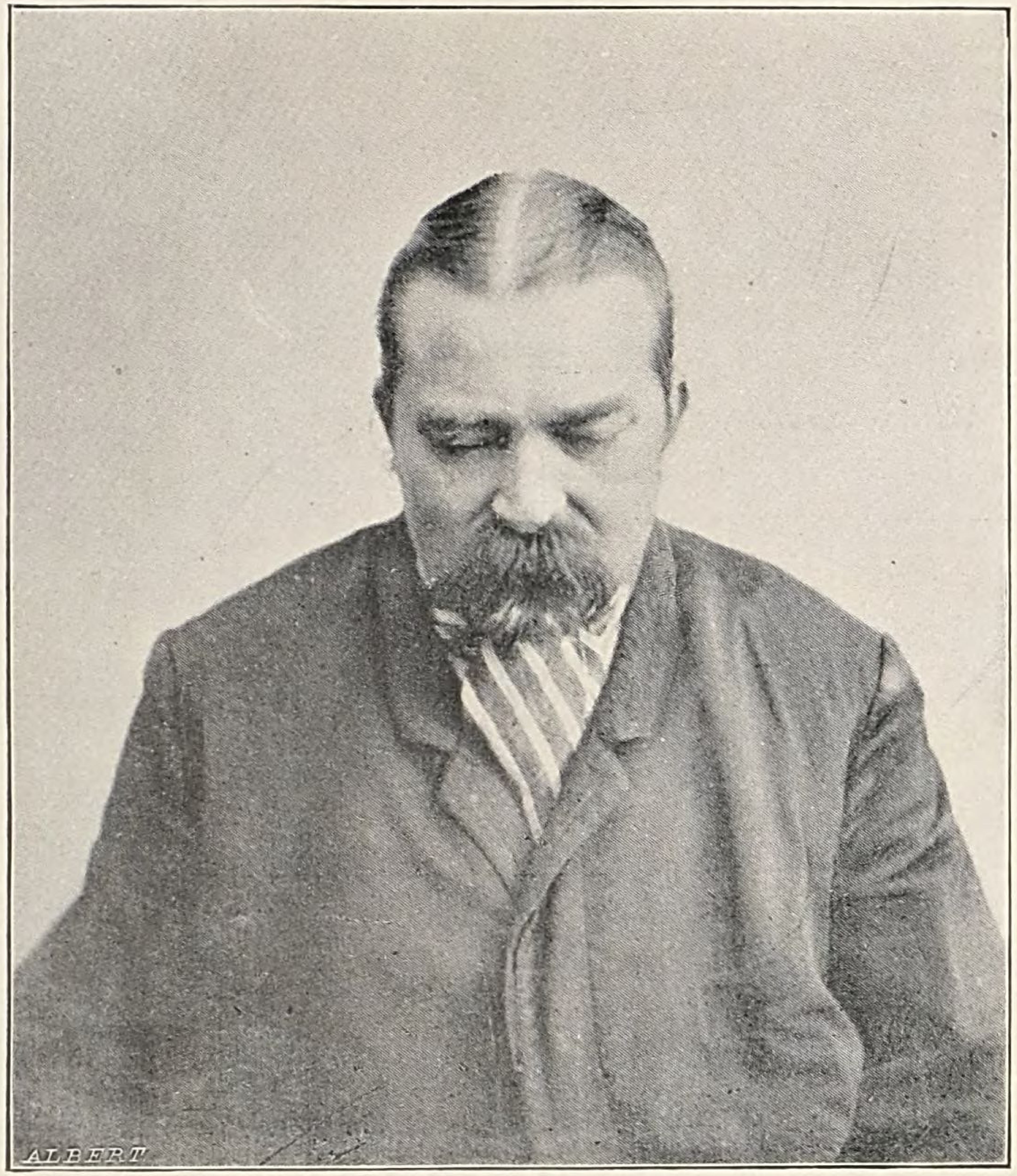


Fig. 1.
Primärer Blödsinn.
Stuporöse Miene.



Fig. 2.
Derselbe.
Lächelnde Miene.

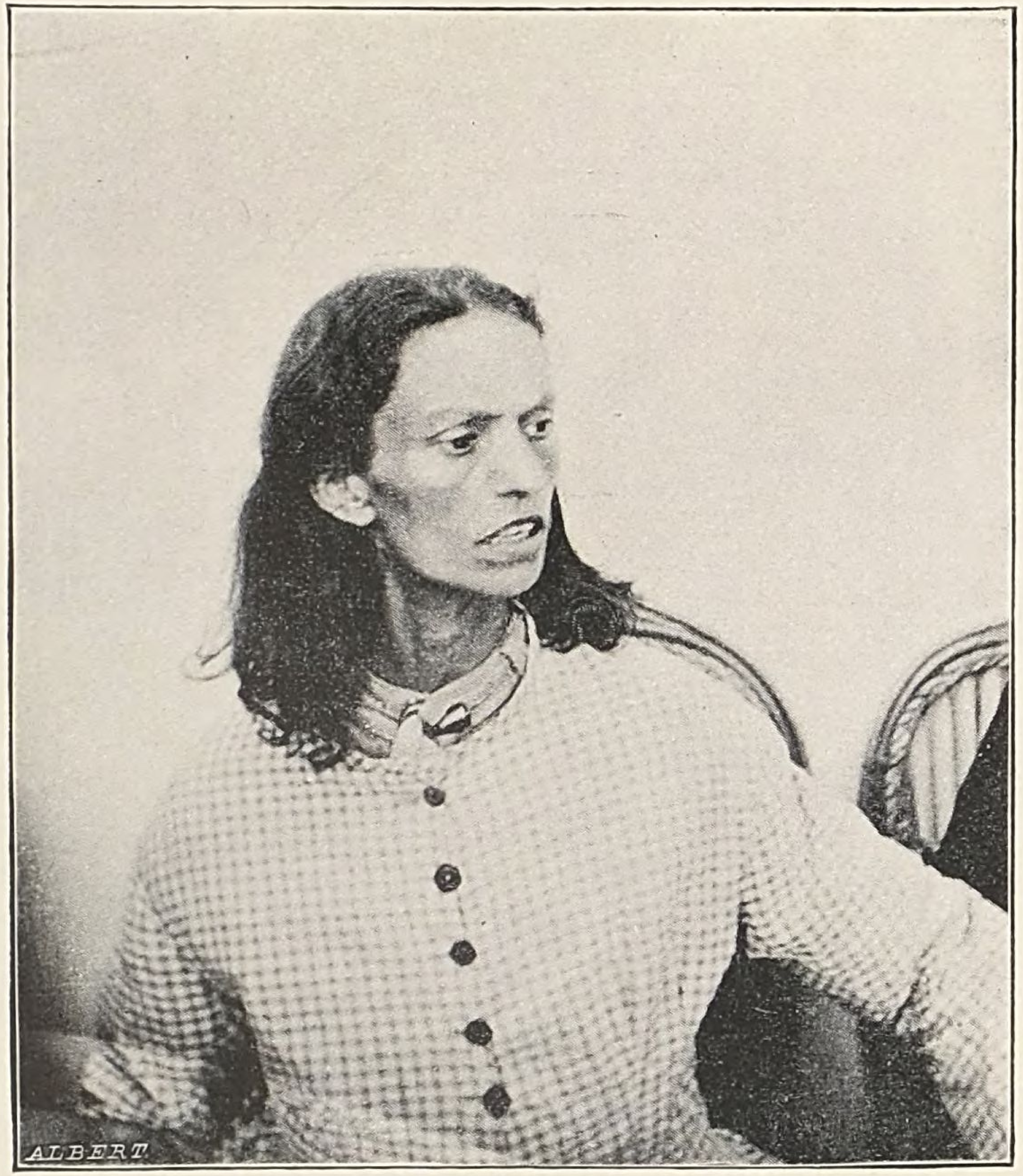


Fig. 1.
Akute Verworrenheit.
Angriffsstellung.



Fig. 2.
Dieselbe im Uebergang zur Verblödung.



Fig. 1.
Akutes Delirium.

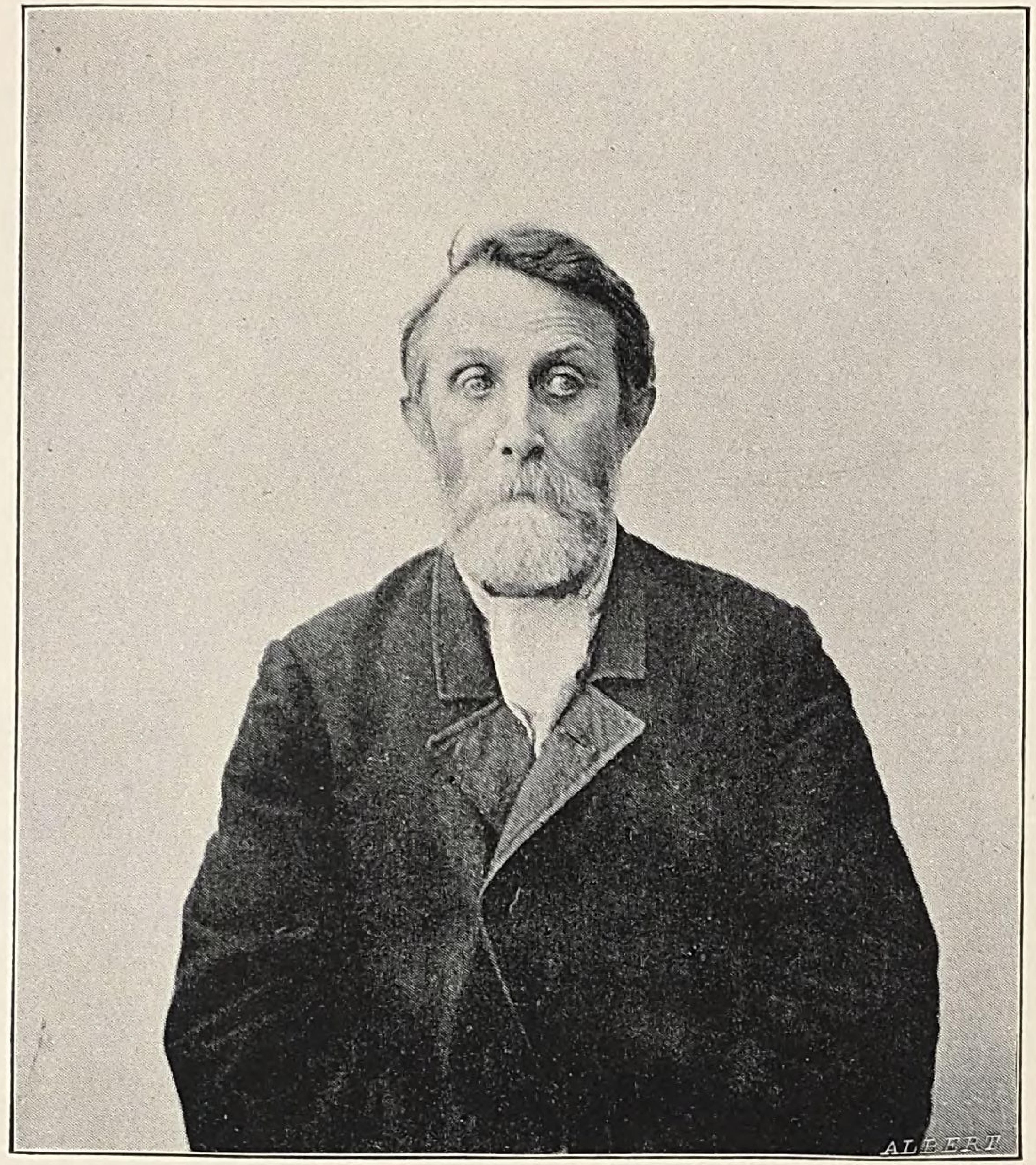


Fig. 2.
Melancholie mit Attonität.

fehlte ganz und gar. Der Kranke glaubte sich bedroht, fürchtete sich und versuchte zu entfliehen. — Ohne dass sich der Zustand im Wesentlichen geändert hatte und ohne dass Fiebererscheinungen eingetreten waren, erfolgten am 8. Tage seines Aufenthaltes plötzlich doppelseitige Zuckungen, namentlich der Arme und des Gesichts, und unter völligem Koma trat noch an demselben Tage der Tod ein. — Die Sektion ergab zahlreiche Tuberkelknoten in den Gefässen der Fossa Sylvii und auf dem Ependym der Seitenventrikel, nebst eitrigem Exsudat an der Unterfläche des Gehirns, — endlich miliare Tuberkulose und frische peribronchitische Heerde in den Lungen.

Auch in diesem Falle war, trotzdem der ursächliche Zusammenhang zwischen dem psychischen Leiden und den pathologischen Veränderungen im Gehirn nicht zu verkennen war, doch das Hervortreten des ersteren, statt der zunächst zu erwartenden körperlichen Allgemeinsymptome auffallend.

Ebenfalls zur akuten Verworrenheit gehörend, wenn auch im Einzelnen etwas abweichend, ist eine andere Gruppe akuter Geisteskrankheiten, welche durch Reizung peripherischer Nerven, z. B. aus Neuralgien, Pruritus der Genitalien u. s. w. entstehen. Sie zeigt gleichfalls Hallucinationen durch Irradiation auf das Sinnesgebiet, tobsüchtige Erregung, Unklarheit und Irrereden und endlich starke Gewichtsabnahme. Dagegen ist die Stimmungsanomalie, namentlich der ängstliche Affekt, meist nicht so hervortretend, und in Folge dessen zeigt das Krankheitsbild auch nicht soviel Abwechslung im Verlaufe. Pruritus der Geschlechtstheile beim weiblichen Geschlecht erzeugt als specifisches Symptom den Drang nach Befriedigung in rücksichtsloser Masturbation und nymphomanischen Excessen.

Auch nach Operationen, selbst wenn sie schmerzlos unter Chloroform ausgeführt wurden, tritt mitunter akute Verworrenheit auf, theils in Folge psychischen Shoks, theils durch Irradiation auf die Vorstellungsganglien.

Ausgang und Prognose sind günstig, da es meist gelingt, die körperliche Ursache zu beseitigen. Doch kommen auch Fälle vom Gegentheile vor. So ist es schon beobachtet worden, dass unheilbare Paranoia unmittelbar aus einem schlecht heilenden Panaritium ihren Ausgang genommen hat

2. Krankenskizze. Verworrenheit und tobsüchtige Aufregung in Folge von Pruritus. Genesung. Der Fall betrifft ein Fräulein von 37 Jahren aus guter Familie. Die Kranke ist zwar erblich nicht belastet, hat sich auch in einem thätigen Leben stets gut bewährt, zeigt aber leicht nervöse Anfälligkeit und

ist deshalb schon zweimal in der Anstalt gewesen. Das erste Mal hatte es sich um Verworrenheit in Folge heftiger Supraorbitalneuralgie, das andere Mal um psychischen Shok durch Schreck gehandelt. Beide Male war völlige Genesung eingetreten und die leibliche und geistige Leistungsfähigkeit in vollem Maasse zurückgekehrt.

Die Kranke ist gross gewachsen, gut genährt und zeigt keine Organkrankheiten. Sie ist sehr erregt, zeigt glänzenden Blick und gespannte Miene und spricht unter lebhaftem Gestikuliren unaufhörlich in lautem Tone verworren durcheinander, doch sind Bewusstsein und Erkenntniss der Lage erhalten. Der Inhalt des Deliriums ist nicht lasciv, aber die Kranke treibt rücksichtslose Masturbation. In lichteren Augenblicken ist sie selbst darüber höchst unglücklich, sagt, sie könne nicht anders, da sie ein fürchterliches Jucken verspüre, weint und fleht um Hülfe. Nachdem sich die Kranke ganz wund gekratzt hatte, auch Bäder, Umschläge und innere Beruhigungsmittel fruchtlos verordnet, Aufregung und Angst vielmehr nur gestiegen waren, wurden am 8. Tage 10 prozentige Cocaineinpinselungen mehrere Male täglich angewendet. Schon nach wenigen Einpinselungen hörten Pruritus und Masturbation auf, und damit zugleich verloren sich auch Verworrenheit und tobsüchtige Aufregung, sodass die Kranke nach kurzer Zeit genesen entlassen werden konnte.

Der Fall giebt ein gutes Beispiel für die Entstehung von Geisteskrankheiten aus peripherer Ursache und den Erfolgen einer hierauf gerichteten Therapie.

Die frühere Erkrankung in Folge von Supraorbital-Neuralgie hatte psychisch ein ähnliches Gesicht, wie die geschilderte, gezeigt. Auch hier hatten Verworrenheit, geschwätziger Redefluss und motorische Erregung im Vordergrunde gestanden. Direkte Klagen über Schmerzen hatte die Kranke freiwillig allerdings nicht geäussert, offenbar durch psychische Benommenheit verhindert. Doch hatte das schmerzhafte Verziehen des Gesichts die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt gelenkt, worauf alsdann durch Feststellung der Druckpunkte die Diagnose gesichert worden war. Morphiuminjectionen, die sonst bei solchen Aufregungszuständen als contraindicirt gelten (s. Kap. 27), hier aber angezeigt waren, und warme Umschläge beseitigten rasch Neuralgie sowohl wie Aufregung.

Bei einer an chronischer Paranoia leidenden Kranken wurden periodische schwere Tobsuchtsanfälle jedesmal durch Supraorbital-Neuralgieen ausgelöst, was ebenfalls an der einseitig schmerzverzogenen Miene und der gerunzelten Stirn entdeckt wurde. Seit-

dem gelingt es regelmässig, durch eine rechtzeitig gereichte Gabe Antipyrin den Anfall zu coupiren. Wird die richtige Zeit versäumt, so darf man mit Sicherheit auf seinen Ausbruch rechnen.

Zwölftes Kapitel.

Die Psychoneurosen.

(Fortsetzung.)

C. Die Melancholie.

Die Melancholie gehört einerseits zu den Elementarerscheinungen des Irreseins und kommt als solche in den verschiedensten Formen desselben vor (s. Kap. 1). Andererseits aber stellt sie auch eine eigene Krankheitsform dar, insofern sie nämlich selbstständig auftritt, sodass entweder keine anderen wesentlichen psychischen Symptome neben ihr beobachtet werden, oder aber, soweit dies doch der Fall ist, die Pathogenese derselben aus dem melancholischen Affekt selbst, als dem eigentlichen Grundleiden, zu erklären ist.

Die Melancholie ist eine offenbar auf Ernährungsstörungen des Gehirns (Anämie, Hyperamie) beruhende Psychoneurose, welche einerseits durch depressiven Affekt, andererseits durch Hemmung der psychischen Vorgänge charakterisirt ist (s. Kap 1). Psychische Hemmungen sind stets von Unlustgefühlen gefolgt. Jene stellen deshalb bei der Melancholie das primäre Element vor, diese aber bilden den Hauptbestandtheil der klinischen Symptome.

Man kann im Allgemeinen zwei Hauptgruppen unterscheiden, je nachdem nämlich der depressive Affekt ein einfach schmerzlicher, oder ein ängstlicher ist.

1. Die einfache schmerzliche Melancholie.

(Melancholia simplex.)

Sie gehört zu den am häufigsten vorkommenden Irreseinsformen. Ihr Wesen besteht hauptsächlich in Passivität. Der Kranke verharrt in seinen schmerzlichen Gefühlen, von denen keine Ablenkung stattfindet, da einerseits die psychische Hemmung zu gross ist, um andere Vorstellungsreihen aufkommen zu lassen, andererseits aber der Kranke die Eindrücke der Aussenwelt vermeidet, die ihm in seiner psychischen Reizbarkeit nur zu neuen Quellen des Schmerzes werden.

Deshalb ist auch das äussere Verhalten des Melancholikers meist passiv, still und in sich gekehrt. Die verlangsamte Bildung von Vorstellungen und der erschwerte Umsatz in das motorische Gebiet verhindern nicht blos lebhaftere Bewegungen, sondern verlangsamen sie

auch bedeutend. Ein auf der Höhe der Krankheit stehender Melancholiker braucht längere Zeit, ehe die vor ihm stehende Speise überhaupt erst die Vorstellung ihres Zweckes und ihres Vorhandenseins erweckt; er braucht ebenso lange Zeit, bis er den Löffel ergreift, ihn in die Schüssel und von da zum Munde führt, und ehe er sich zu kauen und zu schlucken entschliesst. So gross ist die Hemmung und der erschwerte Umsatz, dass solche Kranke, sich selbst überlassen, bei besetzter Tafel verhungern können, wozu hier als weiterer retardirender Umstand allerdings auch das stets sehr herabgesetzte Nahrungsbedürfniss hinzutritt.

Umgekehrt aber kommen auch Fälle vor, wo der Kranke aus seiner Passivität heraustritt, in fortwährender Erregung sich befindet, händeringend und wehklagend auf und ab läuft und in fortlaufendem Redeflusse, wenn auch eintönigen Inhalts, sich ergeht. Solche Zustände, die man im Gegensatz zu der gewöhnlichen passiven Form wohl auch Melancholia activa s. agitans nennt, können Wochen und Monate lang anhalten.

Oder es kommen plötzlich explosivartige Tobsuchtsanfälle zum Vorschein, wo der Kranke, aus seiner Passivität emporschnellend, in Wuth und Zerstörungssucht ausbricht, Zustände, die Stunden oder, von nur geringen Unterbrechungen bei mangelhaftem Schlaf abgelöst, auch Wochen lang anhalten können. Ihr Zustandekommen hat man sich so zu denken, dass die bisher unter hohem Druck gespannten Vorstellungs- und Bewegungskräfte so angewachsen sind, dass sie mit unwiderstehlicher Stärke die psychische Hemmung durchbrechen. Häufiger jedoch, als in der einfachen passiven Melancholie kommen solche Fälle in der Melancholie mit Präcordialangst vor (s. u.).

Die Melancholie ist stets ein wahrer Seelenschmerz. Von dem physiologischen Seelenschmerze unterscheidet er sich dadurch, dass entweder die zureichende objective Ursache fehlt, oder, falls eine solche auch vorangegangen, durch die der gesunden Seelenreaction fehlende Höhe und Dauer des Affekts. Anfänglich erregt dem Kranken Alles, was von Aussen an ihn herantritt, Schmerz. Bald aber leidet die äussere Wahrnehmung, oder vielmehr, es wird den äusseren Dingen nicht mehr die nöthige Aufmerksamkeit geschenkt und die Wahrnehmung concentrirt sich nur um die inneren Vorgänge. Der Kranke wird gleichgiltig gegen seine Umgebung, gegen seine nächsten Angehörigen, und vernachlässigt seine Pflichten. Wie ein feuriges Rad dreht sich in seinem Geiste immer nur die Vorstellung des eigenen Leides. In ruhigen Augenblicken entgeht ihm diese innere Veränderung, diese gänzliche Umstimmung seines bisherigen Gefühlsinhaltes auch nicht. Er wundert sich über die Gleichglltigkeit, die er dem

Liebsten, das er bisher auf Erden hatte, entgegenbringt, und dass er sich über Nichts mehr freuen kann. Er entsetzt sich darüber und macht es zugleich zum Gegenstande neuer Selbstanklagen. Er fühlt mit Schrecken, dass Alles um ihn her stumpf und grau wird, dass seine geistige Welt mehr und mehr versinkt und dass sich dafür etwas Anderes, unerklärlich Fremdes in sein Bewusstsein gedrängt hat. Er selbst ist ein Anderer geworden, ein schlechterer Mensch, als er bisher war, ein Mensch, der keine Interessen mehr hat, kein Ideal und kein Lieben mehr hegt. — Das Krankheitsgefühl ist dabei oft noch vorhanden. Der Kranke objectivirt sich noch sein Elend und sehnt sich, aus demselben befreit zu werden, ohne doch selbst das Geringste dazu thun zu können. Dies dauert so lange, bis der durch Wahnideen genährte und gesteigerte Affekt auch diesen letzten Rest von Besonnenheit hinwegschwemmt.

Ein wesentlicher Unterschied wird durch den Umstand bedingt, ob das Leiden mit oder ohne Wahnideen verläuft.

a) Die Melancholie ohne Wahnideen (Melancholia sine delirio) ist als die leichteste Form anzusehen, insofern als sich hier Affekt und psychische Hemmung noch auf einer niederen Stufe zu bewegen pflegen. Die Stimmung ist auch nicht immer eine dauernd gedrückte, der Vorstellungsinhalt nicht durchweg ein schmerzlicher, sondern die Verstimmung äussert sich hauptsächlich nur in der geringen Widerstandkraft gegen widrige Eindrücke, und in leichterer Reizbarkeit, — die Hemmung macht sich oft nur als Energielosigkeit und Willensschwäche bemerklich.

Ein äusserlich schwereres Ansehen gewinnt die Form, wenn sich Zwangsvorstellungen dazu gesellen, die bald mit triebartiger Gewalt zu Handlungen, z. B. zu Mord oder Selbstmord, zu drängen pflegen. Namentlich Selbstmorde sind bei Melancholikern nicht sowohl aus der Höhe des Leidens, welche vielmehr der Vorstellung, Entschliessung und Ausführung Hindernisse in den Weg zu legen geeignet ist, als aus solchen der Tiefe des Unbewussten entsteigenden und mit hartnäckiger Zudringlichkeit wiederkehrenden Zwangsvorstellungen zu erklären.

b) Die Melancholie mit Wahnideen. Die Wahnideen treten hier meist als Erklärungsversuche des eigenen krankhaften Affectes auf (s. Kap. 2). Doch kommen auch Allegorisirungen von krankhaften Gefühlen im Gebiete der peripheren Nerven vor, z. B. bei Neuralgieen. Endlich werden Wahnideen auch durch Sinnestäuschungen, namentlich Hallucinationen des Gehörs, erzeugt. Umgekehrt freilich, das muss man festhalten,

erhalten die Hallucinationen ihre Färbung auch durch den Inhalt der Wahnideen. Die Gehörshallucinationen der Melancholiker haben meist etwas Finsteres, Drohendes, Furchterregendes. Sie kündigen Verfolgung, Hinrichtung, das ewige Gericht an. Oder man hört das Wehegeschrei der eigenen Kinder, die im Keller geschlachtet werden und dergl. — Auch Illusionen sind nicht selten. Gleichgiltige Geräusche werden illusionär umgedeutet oder, wenn auch richtig wahrgenommen, doch im Sinne der melancholischen Verstimmung verwerthet. Die Männertritte, die die Treppe heraufkommen, bedeuten, dass das Schreckliche geschehen sei und nun der Leichnam des ertrunkenen Kindes gebracht werde, — das Gesicht der besuchenden Freundin war so mitleidsvoll, dass dies nur ein schweres bisher verheimlichtes Unglück bedeuten könne Auch Geruchs- und Geschmacksillusionen kommen sehr häufig vor. Der Kranke riecht Leichen oder entdeckt Gift in den Speisen. Hier ist die illusionäre Umdeutung oft die Folge einer durch Magencatarrh bedingten Alteration der Magennerven, und die Wahnidee schliesst sich unmittelbar daran an. Immer kennzeichnen sich die melancholischen Wahnideen, der schmerzlichen Grundverstimmung entsprechend, als sogenannte Kleinheitsideen. Ihr Inhalt ist individuell bedingt und deshalb natürlich unendlich mannigfaltig Auch werden sie vielfach von Hallucinationen, die bei der in Rede stehenden Krankheitsform selten zu fehlen pflegen, beeinflusst. Man hat eine ganze Reihe von Typen aufgestellt, welche sich jedoch sämmtlich in drei Hauptgruppen zusammenfassen lassen:

1. Der Versündigungswahn. Er ist die Erklärung des eigenen schmerzhaften und verzweiflungsvollen Empfindens. Nur ein Verworfener könne so leiden, auch das Gebet bringe keine Erleichterung, darum sei es klar, dass man „aus der Gnade gefallen" sei. Man trage die Strafe für frühere Sünden. Der Kranke sucht in seiner Vergangenheit nach Vergehungen und zieht das Gefundene, selbst wenn es noch so unzureichend sein sollte, als Beweis heran. — Nicht selten verbindet sich bei ungebildeten Personen damit der Wahn, vom Teufel oder von Dämonen besessen zu sein, namentlich wenn gleichzeitig sensorielle oder sensitive Anomalien, welche eine wahnhafte Allegorisirung zulassen, vorhanden sind. Man hat dieser Form auch die Bezeichnung Melancholia religiosa gegeben.

Bei Andern äussert sich der Wahn, ohne besondere religiöse Färbung, nur in der Vorstellung eigener tiefer Verworfenheit und Unwürdigkeit. Man sei der Pflege, die man genösse, nicht würdig,

man solle nicht so viel Liebe verschwenden, man sei schlechter als ein Hund u. s. w.

2. Der Verfolgungswahn kommt hauptsächlich bei der Form vor, wo der schmerzliche Affekt mit ängstlichem gemischt ist, und tritt häufig mit Versündigungsideen gepaart auf. Man solle vor Gericht gestellt werden, weil man so viele Sünden begangen habe, man solle einen schrecklichen Hinrichtungstod erleiden, mit glühenden Zangen gezwickt werden, man werde hier unter lauter Verrückten eingesperrt, das sei die gerechte Strafe für die vielen Missethaten u. s. w. Dieser melancholische Verfolgungswahn ist übrigens, wie bald bemerkt werden mag, durchaus nicht mit dem typischen Verfolgungswahn bei der Paranoia (s. Kap. 14) zu verwechseln.

Der Wahn, zu verarmen, oder dass Mann, Frau, Kinder gestorben seien, dass der Mann eine Andere geheirathet habe (nicht zu verwechseln mit dem Eifersuchtswahn der an hysterischer Paranoia Leidenden) u. s. w. sind gleichfalls häufige Typen, die sich aber unter den genannten ersten beiden Hauptformen leicht unterbringen lassen.

3. Der hypochondrische Wahn. Der Kranke, durch gewisse, sich dem Bewusstsein in ungewohnter Weise aufdrängende Allgemeingefühle aufmerksam gemacht, sucht den Grund seines seelischen Leidens in körperlichen Zuständen, wenn auch freilich an unrechter Stelle. Zu bestimmten Allegorisirungen an einzelnen Körpertheilen, z. B. Glasfüsse oder Schlangen im Leibe zu haben oder knochenlos oder ohne Eingeweide zu sein, welche vielmehr der hypochondrischen Paranoia (s. Kap. 14) angehören, kommt es hier nicht. Vielmehr werden nur allgemein gehaltene Befürchtungen, z. B. an einer unheilbaren Krankheit zu leiden, vergiftetes Blut zu haben u. s. w. geäussert. Sehr häufig wird, namentlich bei jungen Leuten, die Syphilisfurcht (Syphilidophobie), die mit depressivem Affekt verbundene Wahnidee, unheilbar syphilitisch zu sein, beobachtet. Es ist bemerkenswerth, dass hier ein subjectiv zureichender Grund, nämlich der, wirklich angesteckt gewesen zu sein und auch Rückfälle erlebt zu haben, vorliegen kann, dass aber trotzdem diese Wahrnehmung und die ihr folgende Befürchtung hier nicht die Ursache des Affektes ist, sondern, dass letzterer das Primäre darstellt, und dass die Erfahrung, syphilitisch gewesen zu sein, und die Wahnidee, es bleiben zu müssen, hier nur als Erklärungsgrund herangezogen wird. Auch die Onanie bei Knaben und Jünglingen und die ihr folgenden, durch Lektüre populärer Schriften geförderten Befürchtungen und Gewissensbisse sind hier zu nennen. Die seelische Aufregung ist hier allerdings nicht grundlos. Aber sie kann eine krankhafte Höhe erreichen und zu Lebensüberdruss und Selbstmord führen.

2. Die Melancholie mit Angstaffekten.

a) Die Melancholie mit Präcordialangst.

Die Melancholie mit Präcordialangst rechnet man auch zu der Melancholia sine delirio, da sie wohl mit Hallucinationen, aber nicht mit Wahnideen einherzugehen pflegt.

Mitunter bildet die Präcordialangst (s. Kap. 1) nur eine längere oder kürzere Periode in dem Verlaufe einer einfachen schmerzlichen Melancholie. Oft tritt sie aber auch selbstständig auf und beansprucht deshalb, als eigene Form behandelt zu werden.

Meist tritt der Angstanfall plötzlich ein, mitunter aber auch, nachdem Beklemmung, Kopfschmerz, Schwindel als Vorboten vorausgegangen waren. Jedesmal wird die motorische Sphäre dabei stark in Anspruch genommen. Entweder nämlich zeigt der Kranke nur Ruhelosigkeit, sucht sich selbst zu entfliehen, indem er zweck- und ziellos im Freien oft tagelang umherirrt (Melancholia errabunda), oder es kommt zu wirklichen schweren Tobsuchtsanfällen mit Zerstörungswuth. Das Bewusstsein ist dabei, zum Theil auch durch Hallucinationen, häufig getrübt, und letztere helfen ihrerseits wieder den ängstlichen Affekt verstärken. In schweren Fällen werden geordnete Vorstellungen überhaupt nicht mehr gebildet, sondern nur noch schreckhafte verworrene Bilder bedrängen die Seele des Kranken, oder das Selbstbewusstsein wird schliesslich ganz aufgehoben. Schwere Gewaltthaten gegen sich und Andere sind deshalb nichts Ungewöhnliches und erheben die Melancholie mit Präcordialangst zu einer der gemeingefährlichsten sämmtlicher Irreseinsformen.

Jede Handlung stellt die Entäusserung eines Empfindungs- oder Vorstellungsreizes dar. Dies gilt auch von den gewaltthätigen Handlungen Melancholischer. Sie sind Befreiungsversuche aus einer als unerträglich empfundenen Spannung. Ogleich sie meist mit vollem Bewusstsein, oft mit Vorbedacht und unter subjectiver, wenn auch krankhafter Begründung unternommen werden, haftet ihnen doch stets der Charakter des Triebartigen an. Die Kranken müssen so handeln, sie können nicht anders. Oft bleibt auch die Motivation ganz im Unbewussten, und nur die Zweckhandlung, nämlich die Befreiungsthat, springt in's Bewusstsein. Doch auch hier bleibt der eigentliche Zweck, nämlich die Befreiung, aus der psychischen Hemmung, oft ganz unbewusst. Mitunter haben die Kranken überhaupt nur den plötzlichen Drang, etwas zu thun, ohne zu wissen, was und warum, ein Drang, der sich dann wohl in einem Tobsuchtsanfalle Luft zu machen pflegt. Wenn man (E. v. Hartmann) den Instinkt als bewusstes Handeln zu unbewusstem Zwecke bezeichnet hat, so kann man die schweren,

explosiven Thaten der Melancholiker als instinktive Befreiungsversuche bezeichnen. So erklärt es sich auch, dass fast jedesmal nach einer solchen That, möge sie nun in Selbstverstümmlung, oder in Mord der eigenen Kinder, oder in Brandlegung bestanden haben, ein wohlthätiges und reueloses Gefühl der Erlösung den Kranken überkommt, ja dass sich selbst völlige Genesung daran anschliesst.

Ebenso rasch, wie er gekommen, kann auch der Affekt sich wieder verlieren. Solche gewissermassen mit Elementargewalt hervorbrechende Anfälle, denen vollkommene Ruhe, selbst Genesung folgt, bezeichnet man mit dem Namen Raptus melancholicus.

Auch bei der Melancholie mit Präcordialangst kommen, wenn auch nur selten, Wahnideen vor, die, ebenso wie in der schmerzlichen Melancholie, den Charakter des Versündigungs- oder des Verfolgungswahnes annehmen. Aber sie pflegen nicht so systematisirt zu sein, wie dort, gehen rascher vorüber und wechseln rascher. Oft ist es nur Gewissensangst über wirkliche oder eingebildete Unthaten, oder Furcht vor einer drohenden Gefahr. Sie schliessen sich eng an den Affekt an und steigen und fallen mit der steigenden und fallenden Angst. Gewissermassen also bewegen sie sich noch auf natürlichem Boden, einen entschieden krankhaften Charakter nehmen sie vornehmlich dann an, wenn sie durch Hallucinationen hervorgerufen werden oder letztere den bisher unbestimmten Befürchtungen Farbe und Gestalt geliehen haben.

Es giebt auch eine mildere chronisch verlaufende oder vielmehr habituelle melancholische Verstimmung mit Präcordialangst, bei der leichtere und zwar meist gegenstandslose Angst oder Erwartungsaffekte oder selbstquälerische Grübeleien über begangenes oder zu erleidendes Unrecht im Bewusstsein beherbergt werden und den Kranken oft durch das ganze Leben begleiten. Der Art Leidende besorgen ihre Geschäfte ganz wie Gesunde, sehen oft blühend aus und Niemand merkt ihnen deshalb ihr Gebrechen an. Höchstens dass sie, falls sie sich nicht stets zu beherrschen verstehen, durch zeitweise Verstörungen und Bitterkeiten ihrer Umgebung lästig fallen oder sie durch gelegentliche Zornausbrüche erschrecken. Sie gehören zur grossen Klasse der Neurastheniker. Ihr Leiden ist noch keine Geisteskrankheit, kann sich aber zu solcher auswachsen. Bei rasch steigendem Affekt aber kann auch plötzlicher, der Umgebung dann meist „unerklärlicher" Selbstmord dem Leiden ein rasches Ende bereiten.

Ueber die körperlichen Begleiterscheinungen (s. Kap. 1).

b) Die Melancholia attonita.

Dieselbe wird auch Melancholia cum stupore s. stupida genannt — irreführende Ausdrücke, da nicht Stumpfheit und Leere des Seelen-

lebens, wie beim Blödsinn, sondern nur Gebundensein der psychischen Thätigkeiten vorliegt.

Das Charakteristische des Bildes liegt hier in der äusseren Starre und Unbeweglichkeit des Kranken, der mit emporgezogenen Augenbrauen, ängstlich staunender Miene oder mit starren Augen in dem steinernen Antlitz, die Glieder in krampfhafter Beugestellung haltend und stumm Tag und Nacht verharrt. Die Beugungsstarre der Muskeln ist gewöhnlich so stark, dass nur mit grossem Kraftaufwande der passive Widerstand zu besiegen ist. Hat man ihn überwunden und giebt den Gliedern eine andere Stellung, so verharren sie auch in dieser wieder längere Zeit (Katalepsie).

Dem äussern starren Verhalten entspricht jedoch nicht der seelische Zustand. Die Mittheilungen Genesener berichten von einer aufs Aeusserste gesteigerten Angst, von wilden sich jagenden Phantasmen schreckhaften Charakters, von Umnebelung des Bewusstseins, sodass sich der Kranke im Schlafe oder im Rausche zu befinden schien, und von der sehr peinlich empfundenen Unmöglichkeit, sich aus dieser Lage zu befreien. Mitunter entladet sich wohl auch ganz plötzlich einmal die psychische Spannung durch irgend eine Gewaltthat, um alsbald wieder der gewohnten Passivität Platz zu machen.

Da die Nahrungsaufnahme erschwert ist, so leidet natürlich mit der Zeit die Ernährung beträchtlich, ebenso wie alle übrigen vegetativen Funktionen.

Das Leiden tritt nicht plötzlich auf, wie die Melancholie mit Präcordialangst, sondern entwickelt sich erst allmälig aus schmerzlich-ängstlichen Gemüthsdepressionen.

Der Ausgang ist nicht selten günstig und endet nach Monaten mit Genesung. Selten ist der Ausgang in Verblödung.

Als anatomische Grundlage sind Ernährungsstörungen des Gehirns, vermuthlich durch Gefässverengerungen, denen später Gefässerweiterungen folgen, verursacht anzusehen.

Unterscheidende Diagnose. Melancholia attonita kann mit Stupor, primärem Blödsinn, verwechselt werden. Die Unterschiede sind folgende:

- in der Pathogenese: die Melancholia attonita entwickelt sich allmälig, der Stupor tritt akut auf;
- in der äusseren Haltung und der Miene: bei ersterer ängstlich gespannte Miene, gespannte Muskulatur, — bei letzterem blöde oder gleichgültige Physiognomie, schlaffe Haltung;
- im Verhalten gegen äussere Reize: bei ersterer Schmerzäusserung und starker passiver Widerstand, bei letzterem geringe Reizbarkeit bis zu Anästhesieen und Analgesieen, und Widerstandslosigkeit;

im Verhalten gegen innere Reize: bei ersterer gelegentliche explosive motorische Entladung der aufgespeicherten Reize, bei letzterem häufigere aber leichtere automatische und Reflexbewegungen;

in Bezug auf den Schlaf: bei ersterer Schlaflosigkeit, bei letzterem nicht:

auf vegetativem Gebiete: bei ersterer beschleunigter gespannter Puls, der Turgor der Haut bleibt lange erhalten, die Entleerungen werden wegen spastischer Zustände der Sphincteren zurückgehalten, deshalb äussere Reinlichkeit, — bei letzterem träger und weicher Puls, die Haut ist kalt, cyanotisch, der Kranke ist unreinlich;

in Bezug auf das Bewusstsein: bei ersterer ist Bewusstsein und Rückerinnerung erhalten, bei letzterem nicht oder wenigstens sehr getrübt;

in Bezug auf den Verlauf: bei ersterer tritt Genesung mitunter rasch, bei letzterem stets langsam ein.

Die körperlichen Begleiterscheinungen der Melancholie in allen ihren Formen deuten in den schweren Fällen stets auf eine tiefe Ernährungsstörung des Gehirns hin. Schlaf und Nahrungsaufnahme liegen sehr darnieder. Häufig ist, an gelblich dickbelegter Zunge und völligem Appetitmangel kenntlich, hartnäckiger Magencatarrh mit gleichzeitiger Stuhlverstopfung vorhanden. Die Sekretionen liegen gleichfalls darnieder, Urin wird nur spärlich, Schweiss gar nicht abgesondert. Auch ist der Contrast zwischen dem schmerzlichen Affekt und der mangelnden Thränensekretion sehr bemerkenswerth. Dem Seelenschmerze des Melancholikers sind die Thränen versagt. Deswegen ist der erste die Spannung lösende Thränenerguss als ein die Genesung einleitendes Zeichen zu begrüssen. — Die Extremitäten sind kühl, häufig bläulichroth gefärbt, selbst ödematös. Die Haut fühlt sich trocken an, runzelt sich und schilfert ab.

Tritt, was bei dem fast stets herrschenden Magencatarrh und daran sich anschliessenden Vergiftungsideen sehr häufig der Fall ist, Nahrungsverweigerung hinzu, so nehmen die Körperkräfte reissend schnell ab und der Kranke zeigt das Bild äusserster Abmagerung. Im Allgemeinen darf man sagen, dass die Schwere der körperlichen Symptome dem Grade und der Bedeutung der psychischen entspricht. In der einfachen schmerzlich-wehleidigen Melancholie leidet die Ernährung am wenigsten, aber in den schweren, mit systematisirten Wahnideen, Hallucinationen und motorischer Unruhe verlaufenden Formen erreicht der Verfall oft eine erschreckende Tiefe (s. Kap. 1).

Der Verlauf der Melancholie als selbstständige Krankheitsform ist in ihren verschiedenen Abarten gleichfalls sehr verschieden. Fast immer ist er ein sehr langsamer mit geringen Nachlässen. Nur die Melancholie mit Präcordialangst macht eine Ausnahme davon. Die einfache schmerzliche Melancholie dauert oft viele Jahre und nimmt dann allmälig einen höchst eintönigen Charakter an. Man hört stets dieselben eintönigen Klagen, sieht stets dasselbe weinerliche Gesicht und begegnet stets derselben motorischen Gebundenheit. Doch sind auch periodische tägliche Steigerungen nichts Seltenes, wobei es bemerkenswerth ist, dass sich dieselben meist des Morgens, oft nach wohldurchschlafener Nacht, zu zeigen pflegen. Es scheint, als ob das Bewusstsein durch die neuen Eindrücke beim Erwachen wieder doppelt schmerzlich berührt würde.

Die Ausgänge sind:

a) in Genesung. Die Einleitung derselben ist bei der einfachen Melancholie langsam und allmälig. Die psychische Hemmung löst sich, was an der entspannten Miene und der grösseren Beweglichkeit bemerkbar wird, die Wahnideen verblassen, der Kranke wird für Zuspruch zugänglicher, lässt seine Zweifel gern von Andern widerlegen und gewinnt an Krankheitseinsicht. Hand in Hand geht damit die Hebung der Ernährung und die Wiederaufrichtung aus dem körperlichen Verfalle. Die Zunahme des Körpergewichtes, wenn sie gleichzeitig mit einer auch noch so geringen Besserung des geistigen Befindens auftritt, ist von bester prognostischer Bedeutung. Manche Fälle bleiben sogar zeitlebens ziemlich unverändert. In der Melancholie mit Präcordialangst und der Melancholia attonita kann rasche Lösung der Spannung eintreten.

Es giebt auch eine Art unvollkommene Genesung. Der Affekt verringert sich und macht sogar einem gewissen sorglosen Gleichmuthe Platz. Nach dem Schwinden der Hallucinationen und Wahnideen stellt sich ein im Allgemeinen gesundes Urtheilsvermögen wieder her. Aber dabei ist doch die gesammte geistige Energie, namentlich der Antrieb zum Handeln, dauernd gesunken. Der Kranke hat keine Neigung, sich ernstlich zu beschäftigen und verbringt seine Zeit mit Nichtigkeiten oder völligem Nichtsthun. Obgleich, oberflächlich betrachtet, nur die Sphäre des Wollens und Handelns gelitten zu haben scheint, muss man doch annehmen, dass die allgemeine Abschwächung der geistigen Energie sich zugleich auch auf das Gefühls- und Vorstellungsleben erstreckt hat. Der Halbgenesene fasst schon deshalb keine Pläne, weil auch die

Vorstellungen, namentlich die ethischen und ästhetischen, verkümmert sind. Angehörige und Umgebung finden alsdann den Zurückgekehrten „verändert“, — natürlich, denn er ist in der That ein Anderer geworden. Man nennt dies wohl auch eine Heilung mit Defekt und rechnet es unter die Schwächezustände.

b) in den Tod durch Erschöpfung oder begleitende körperliche Krankheiten. Namentlich gilt dies von der schweren Form mit Wahnideen und Hallucinationen und bei der ängstlichen Melancholie, wo durch andauernde Nahrungsverweigerung oder Schluckpneumonieen oder brandiges Aufliegen oder schlecht heilende inficirte Verletzungen, von Selbstmord ganz abgesehen, Gefahr droht.

c) in die sekundären Schwächezustände der sekundären Paranoia (sekundäre Verrücktheit) und des sekundären Blödsinns (s. Kap. 13 F).

Die Prognose hängt vom Grade und der Natur der Krankheit, sowie von den näheren persönlichen und zufälligen Umständen ab. Das mittlere Lebensalter ist am günstigsten gestellt, während Melancholie in den Pubertätsjahren häufig zu geistigen Schwächezuständen führt, und das Greisenalter der Regulirung der ohnehin in rückläufiger Metamorphose begriffenen Organe des Blutkreislaufes und der Ernährung hinderlich ist. — Das Klimakterium der Frauen gewährt keine günstige Prognose, eine wesentlich bessere dagegen das Wochenbett und die Periode des Stillens. Ueberhaupt bieten Melancholieen aus körperlichen Erschöpfungszuständen der Behandlung ein günstiges Feld. Deswegen sind auch die Formen, die unter raschem Kräfteverfall verlaufen, prognostisch nicht ungünstig, während schwankende Gewichtscurven der parallele Ausdruck psychischer Rückfälle sind. — Im Allgemeinen darf man sagen: Die Melancholie ist eine akute, wenn auch schleichend verlaufende, Psychose, aus der die Meisten genesen hervorgehen.

4. Krankenvorstellung. Schmerzliche Melancholie im Wochenbett. Genesung nach 6 Monaten. Die junge Frau eines gut situirten Handwerkers (Taf. 7, Fig. 1) befindet sich seit zwei Monaten in der Anstalt, während sie 14 Tage vorher nach ungestört verlaufener Schwangerschaft von ihrem ersten Kinde glücklich entbunden worden war. Sie stammt aus Süddeutschland und hat sich in der grossen norddeutschen Stadt nur schwer zurechtfinden können. Ihr Mann suchte ihr zwar Alles nach Kräften zu erleichtern, aber sie hat es doch in den ganz neuen Verhältnissen recht schwer gehabt. Die Mutter ihres Mannes wohnt mit im Hause

und hat die Herrschaft nicht ohne Weiteres abgeben mögen. Das Verhältniss zwischen Jung und Alt wurde unfreundlich, stille und laute Vorwürfe wurden nicht gespart, Verdruss und Heimweh halfen mit, dazu traten nun noch Entbindung und Wochenbett, — kurz, es wurde der kleinen, zarten Frau zu viel. Sie konnte ihr Seelenleben nicht mehr im Gleichgewicht halten und zehn Tage nach der Entbindung trat Aufregung und Irrereden ein.

Bei der Aufnahme ist die Kranke ruhig und gesammelt. Ihr Aussehen deutet auf Blutleere, doch sind keine sonstigen körperlichen Krankheitssymptome vorhanden. Sie tritt zaghaft, etwas ängstlich und hilfesuchend auf. Die Miene zeigt den Ausdruck tiefsten Schmerzes, der Blick ist gesenkt, von der Stirn nach der Nasenwurzel ziehen sich leichte, senkrechte Falten. Die untere Gesichtsparthie zeigt Hervortreten der Nase-Lippenfalten, die Unterlippe hängt herab, die Mundwinkel sind nach unten gezogen, der Mund steht etwas geöffnet, — wie bei einem weinenden Kinde. Der Körper ist in sich zusammengesunken, Rücken und Hals leicht gekrümmt, der Kopf gesenkt, die ganze Figur „von Gram gebeugt". — Sie fragt, sie brauche doch nicht zu sterben, sie wolle ja brav sein und Alles thun, was man verlange. Ist sie zu Bett, so sitzt sie meist aufrecht, den Oberkörper rastlos vor- und rückwärts biegend. Schlaf und Nahrungsaufnahme sind nur mangelhaft. Das Körpergewicht ist während der ersten 7 Wochen um 5 Kilogramm gefallen.

5. Krankenvorstellung. Schmerzliche Melancholie und Genesung nach 3 Monaten. (Taf 7, Fig. 2.) Der fast 50jährige Mann, ein Kunstgärtner, scheint aus einer belasteten Familie zu stammen. Seine Eltern sollen zwar, wie es heisst, gesund gewesen sein, aber Bruder und Schwester haben an Geisteskrankheit gelitten, und er selbst ist bisher auch schon einmal einem Anfalle ausgesetzt gewesen. Jetzt hat sich das Leiden im Anschluss an einen geschäftlichen Verdruss über angeblich ungerechte Vorwürfe, die ihm ein Kunde gemacht hatte, entwickelt. Auch hier sehen wir denselben Ausdruck des Schmerzes und muthloser Resignation. Durch Querfaltung der Stirn wird der Eindruck trüber Fassungslosigkeit noch verstärkt. Es ist starker Magencatarrh mit dick belegter Zunge, Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung vorhanden. Der Puls ist voll und gross, an den oberflächlichen Arterien kann hie und da Atheromatose entdeckt werden. Einmal ist der Kranke, als er, um gebadet zu werden, das Bett verliess, ohnmächtig hingefallen, hat sich aber bald erholt und keinen solchen Anfall mehr dargeboten.

Der Kranke ist ganz apathisch, langsam und zögernd in Sprache, Geberden und Antworten. Er liegt, ohne sich zu rühren, im Bett, isst fast gar nicht, schläft aber ziemlich gut. Wahnideen äussert er gar nicht. Nur geht aus seinen Reden und der Art und Weise, wie er seine kurzen, abgebrochenen Antworten vorbringt, seine hoffnungslose Seelenstimmung hervor. Auch ohne dass er es ausspricht, kann aus seinen Bemerkungen die Vorstellung, dass nun doch Alles aus sei, erschlossen werden.

6. Krankenvorstellung. Schmerzliche Melancholie. Genesung nach 8 Monaten. (Tafel 8, Fig. 1—2.) Die Kranke, eine 41 jährige Schuhmachersfrau, ist ebenfalls erblich belastet, und von jeher erregbaren, leicht verstimmbaren Gemüthes gewesen. Schon vor zwanzig Jahren als junges Mädchen hat sie einmal mehrere Monate in der Anstalt zugebracht. Sie wurde damals geheilt entlassen und ist auch seitdem von ernsteren Erkrankungen wenigstens verschont geblieben. Damals war Liebschaft und Eifersucht mit im Spiele gewesen. Sie war wegen ihrer Neigung zu einem jungen Manne, der aber schon verlobt war, geneckt worden, wurde zuerst misstrauisch, sodass sie sogar Zeitungsartikel auf sich bezog, später aber trübsinnig und so lebensüberdrüssig, dass sie sich das Leben nehmen wollte, woran sie noch rechtzeitig gehindert wurde. Die Veranlassung zu ihrer jetzigen Erkrankung ist nicht recht klargestellt. Mit ihrem Manne lebt sie in, wenn auch kinderloser, doch zufriedener Ehe, Nahrungssorgen sind auch nicht vorhanden, und mit den Nachbarn hat sie sich stets gut vertragen. Möglicherweise sind die Katamenien mit im Spiele. Wenigstens klagt die Kranke über starke Blutungen und sieht auch blutleer aus.

Jetzt ist sie seit wenigen Wochen gleichfalls wieder unter den Erscheinungen schmerzlicher Verstimmung erkrankt. Die quer gerunzelte Stirn, die senkrecht von der Stirn nach der Nasenwurzel ziehenden Falten, die hängende Mundparthie, die gebeugte Haltung zeigen, wie sorgenvoll und schmerzbedrückt sich die Kranke fühlt. Der träumerische Blick ist nicht, wie wir dies bei den beiden andern Kranken gesehen haben, gesenkt, sondern, gewissermassen mit einer vorwurfsvollen Frage an das Schicksal, nach Oben gerichtet. Wie tief der Affekt bei ihr sitzt, hat die Kranke auch dadurch bewiesen, dass sie versucht hat, sich die Pulsadern zu zerbeissen, was zwar nur oberflächliche, aber schlecht aussehende und langsam heilende Wunden gab. Die innere Unruhe zwingt sie zu ähnlichen automatischen Wiegebewegungen des Oberkörpers, wie bei der zuerst vorgestellten Frau. Obgleich der Kranken Alles gleichgiltig zu sein scheint, leidet sie doch an Erwartungsaffekten. Sie erblasst dann vor innerer Aufregung, wird fast pulslos und die Glieder versagen den Dienst. — Auf dem zweiten Bilde stellt sich uns die Kranke in bereits vorgerückter Rekonvalescenz vor.

Alle drei Fälle zeigen eine grosse Aehnlichkeit unter einander. Bezüglich der Ursache sind die beiden letzten Fälle mit einander verwandt, indem bei beiden erbliche Belastung nachzuweisen war, während im ersten Falle gehäufte geistig-körperliche Schädlichkeiten, die Constitution allmälig untergrabend, eingewirkt hatten. Die Gelegenheitsursache war in dem zweiten Falle rein psychisch, nämlich Verdruss, im ersten und dritten Falle scheint keine direkte Gelegenheitsursache, abgesehen von Wochenbett und Katamenien, eingewirkt zu haben. Alle drei Fälle zeigten schmerzlichen Affekt, dem nur bei den beiden Frauen einige, das Gesamtbild übrigens nicht beherrschende, Elemente der Angst beigemischt waren. Zu festen Wahnideen der Versündigung oder Verfolgung ist es in keinem Falle gekommen, wenn auch in den ersten das Bewusstsein

nicht ganz frei von Selbstanklagen geblieben war. Auch Sinnestäuschungen haben das Krankheitsbild nicht gefärbt. Endlich ist in allen drei Fällen Genesung eingetreten, die bei der jungen Frau, wie wir hoffen dürfen, eine dauernde und gefestigte sein wird.

7. Krankenvorstellung. Melancholie mit Präcordialangst und Hallucinationen. Genesung nach sechs Wochen. (Taf. 9, Fig. 1.) Der Kranke, ein 24 jähriger Jäger, ist vor einigen Tagen der Anstalt übergeben worden. Aus seinem Vorleben haben wir in Erfahrung gebracht, dass er von gebildeten und gesunden Eltern stammt und eine leidlich gute Schulbildung genossen hat. Seine 3 jährige Militärdienstzeit, von der er als Reserve-Unteroffizier entlassen wurde, verlief tadellos. Ein gewisser Hang zu einem freien abenteuerlichen Leben vermochte ihn, sich einer Missionsgesellschaft zum Dienste in Afrika anzubieten. Da sich die Anstellung jedoch verzögerte, trat er aus der Gesellschaft wieder aus und nahm einen Dienst als herrschaftlicher Jäger an. Als er hier vor einigen Tagen in Begleitung eines zu Besuch weilenden Offiziers von der Jagd zurückkehrte und demselben eine noch geladene und gespannte Büchse abnahm, soll sich dieselbe entladen und die Kugel ein Pferd derartig verletzt haben, dass es getötet werden musste. Hierüber wurde er anscheinend sehr erregt, obgleich ihm Niemand ernstliche Vorwürfe gemacht haben soll. Schon am nächsten Morgen fing er an zu halluciniren, er hörte, wie der Inspector und der Kutscher sich verabredeten, ihn umzubringen, wozu bemerkt werden mag, dass dies auch Illusionen gewesen sein können. Er ergriff die Flucht und kam in einem Zustande grosser ängstlicher Verworrenheit hier an, wo er umherirrend, alsbald aufgegriffen, in Schutzhaft genommen und am nächsten Morgen in die Anstalt gebracht wurde.

Der kräftig, schlank und muskulös gebaute Kranke zeigt ein leicht geröthetes Gesicht, das Furcht, Angst und Spannung verräth. Die Augen sind gesenkt, die Stirn ist horizontal gefurcht, der Mund leicht geöffnet, der Kopf etwas zur Seite geneigt. Neben dem gespannten schmerzlichen Affekt zeigt die Miene den horchenden lauschenden Ausdruck eines Hallucinanten. Die Haltung ist etwas gebeugt, der Gang vorsichtig, fast schleichend, als gelte es, einem drohenden Unheil zu entrinnen. Der Kranke liegt sonst meist zusammengekrümmt im Bette, die Decke hochgezogen oder mit furchtsamem, ängstlichem Blicke nach allen Seiten ausspähend. Er isst und schläft wenig, antwortet auch fast gar nicht. Aus seinen spärlichen Aeusserungen lässt sich immer nur entnehmen, dass er glaubt, er sässe im Zuchthause.

Als Elementarsymptome finden wir hier also Sinnestäuschungen, Angst und Störungen des Bewusstseins. Da dieselben Elemente auch das Bild der akuten Verworrenheit zusammensetzen, könnte man versucht sein, den Fall dieser Gruppe einzureihen. Doch wäre dagegen hauptsächlich an das starke Ueberwiegen des Affekts zu erinnern. Bei der akuten Verworrenheit steht die Benommenheit im Vordergrunde, der Affekt, der auch ganz fehlen kann, ist nur vorübergehend und von den gleichfalls wechselnden



Fig. 1.
Einfache schmerzliche Melancholie.

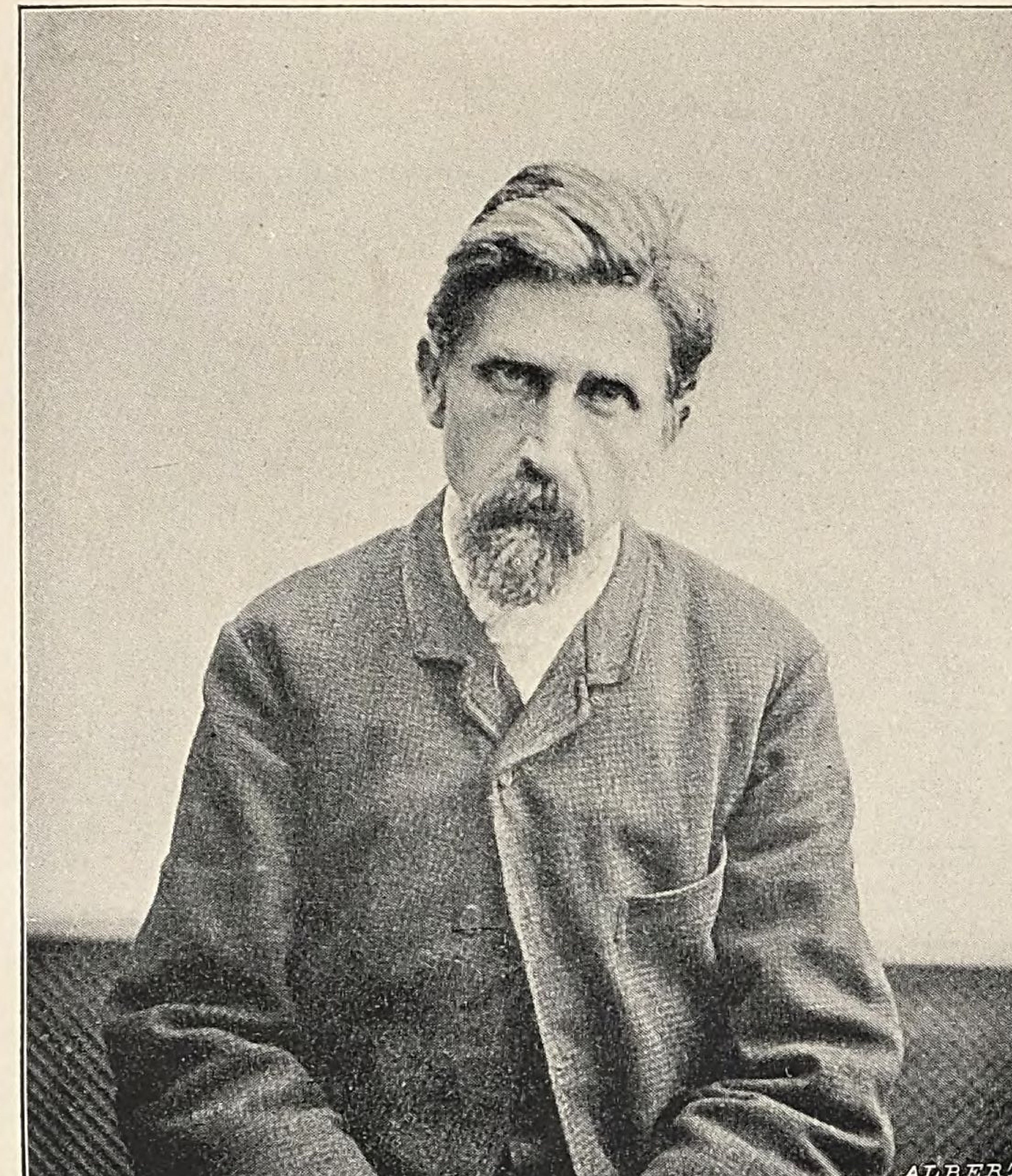


Fig. 2.
Einfache schmerzliche Melancholie.



Fig. 1.
Schmerzliche Melancholie mit Wahnideen.



Fig. 2.
Dieselbe im Uebergange zur Genesung.



Fig. 1.
Aengstliche Melancholie mit Hallucinationen.



Fig. 2.
Schmerzlich-ängstliche Melancholie mit Wahnideen.

Hallucinationen abhängig. Hier aber ist der Affekt das Primäre. Aus ihm leitet sich erst die Bewusstseinsstörung ab, — der Kranke ist „aus Angst von Sinnen“. Auch ist hier die Benommenheit bei Weitem nicht so schwer, als sie bei der akuten Verworrenheit regelmässig beobachtet wird. Sie reicht allerdings hin, den Kranken über Ort und Umgebung zu desorientiren und ihn zu verkehrten Handlungen zu verleiten. Aber Handlungen und Reden sind nicht schlechtweg unvernünftig und zusammenhangslos, sondern zeigen, dass sie von Vorstellungen, wenn dieselben auch krankhaft sind, folgerichtig geleitet werden. — Die Sinnestäuschungen erklären sich aus der allgemeinen durch den Affekt gesetzten, auf die Sinnescentren übergreifenden Erregung. Ihr schreckhafter Inhalt entspricht der herrschenden Grundverstimmung. — Als Ursache der Erkrankung können wir psychischen Shok durch Schreck annehmen. Möglich, dass er nur als Gelegenheitsursache gewirkt hat und dass allgemein oder individuell veranlagende Ursachen im Hintergrunde stehen, — aber sie sind uns nicht bekannt.

8. Krankenvorstellung. Melancholie mit Präcordialangst, Hallucinationen und Wahnideen. (Taf. 9, Fig. 2.) Die Kranke, eine 49jährige Schuhmachersfrau, ist väterlicherseits erblich belastet, aber bisher gesund geblieben. Seit 16 Jahren verheirathet, ist sie Mutter mehrerer gesunder Kinder und hat eine zufriedene Ehe geführt. Seit 2 Jahren ist Menopause eingetreten. Die ersten Zeichen des Gemüthsleidens scheinen 1 Jahr vor ihrer Aufnahme bemerkt worden zu sein, traten jedoch erst seit einem Vierteljahr unverkennbar hervor, und zwar angeblich nach einer ehelichen Scene. Die Kranke wurde erregt, verstört, hielt sich für schwanger, äusserte heftigsten Lebensüberdruss, machte auch einen Versuch, sich zu ertränken.

Die Kranke ist eine mittelgrosse Frau von kräftigem Knochenbau, eckigen Zügen, mangelhafter Ernährung. Organerkrankungen sind nicht vorhanden. Sie zeigt einen ausgesprochen ängstlichen Affekt mit grosser motorischer Unruhe. Gehörshallucinationen helfen die ängstliche Verwirrung noch steigern. Heftige Selbstanklagen bilden den Inhalt eines einförmig, aber unaufhörlich fliessenden Redestromes. Was sie denn gethan habe, um so bestraft zu werden, fragt sie mit weinerlicher Stimme, sie wisse freilich wohl, dass sie ihre Pflicht nicht gethan, ihre Familie vernachlässigt und ihren Mann unglücklich gemacht habe. Auch die Vorstellung, dass sie schwanger sei, wird zwischendurch geäussert, das hätte nicht vorkommen dürfen. Die Miene zeigt eine Mischform zwischen schmerzlichem und ängstlichem Affekt. Die obere gespannte Gesichtsparthie zeigt Angst und Erstaunen, die untere mit hängenden Zügen, ebenso wie die gebeugte Haltung, Seelenschmerz, das Ganze ängstliches Erstaunen an.

Im Laufe der Zeit haben sich Sinnestäuschungen und Wahnideen immer mehr befestigt Die Kranke hört jetzt häufig ihre Kinder im Garten, fragt, warum man sie nicht zu ihr lasse, sie sei wohl zu schlecht dazu. Eine stehende Frage ist jetzt bei ihr, ob sie nun in die ewige Verdammniss komme. Einmal hat sie ge-

sehen, wie eine andere Kranke auf ein Gummi-Wasserkissen gebettet wurde und seitdem hat sich, wahrscheinlich durch Geruchsillusionen hervorgerufen, die Idee festgesetzt, sie solle in Vitriol verbrannt werden. — Obgleich der Schlaf etwas besser geworden ist, hat sich doch der ängstliche Affekt wenig gemindert. Wenn die Kranke nicht fortwährend auf das Strengste beobachtet wird, macht sie Selbstmordversuche Erst neulich hat sie eine Scheere zu erlangen gewusst und sich damit eine zum Glück ungefährliche Wunde an der Schläfe beigebracht. Katatonische Flexorenstarre ist hinzugetreten. Die Kranke ist wegen des unaufhörlichen passiven Widerstandes, den sie jeder nothwendigen Hilfeleistung entgegensetzt, schwer zu pflegen und stellt die Geduld auf eine harte Probe.

Wir sehen hier alle Elemente, die das melancholische Irresein enthalten kann, vollzählig beisammen: schmerzlichen und ängstlichen Affekt, Hallucinationen, die ihn sowohl stützen, als auch aus ihm geboren werden, Kleinheits-Wahnideen mit dem Charakter der Versündigung, Befürchtungsideen mit dem Inhalte der ewigen Verdammniss. Dazu tritt als körperliche Begleiterscheinung — ausser dem fast nie fehlenden Kräfteverfall noch katatonische Flexorenstarre. — Die Ursache des Leidens ist in individueller Veranlagung durch erbliche Belastung und die Katamenial-Periode zu suchen. Möglicherweise hat hier in der That die eheliche Scene als Gelegenheitsursache mitgewirkt, dazu trat dann die allerdings irrthümliche, aber vielleicht durch allerhand Sensationen scheinbar beglaubigte Schwangerschaftsidee, an die sich wiederum allerhand Befürchtungen und Beängstigungen knüpften Die Prognose ist nicht durchaus schlecht, aber ungünstig. Erschwerend kommt hier in Betracht die lange Dauer des Leidens, das jetzt fast 2 Jahre währt. Genesungen treten freilich oft noch viel später ein Aber die Gefahr, dass die ursprünglich nur funktionellen Hirnstörungen organische Folgen und Verlust von Vorstellungsganglien bewirken können, droht jedesmal.

Ein anderer die Prognose trübender Umstand ist das Einförmige des Verlaufes und die Beharrlichkeit der Symptome. Die Hallucinationen bestehen noch ungeschwächt mit demselben Inhalte fort, die Wahnidee der ewigen Verdammniss steht noch ebenso unbestritten im Mittelpunkte des gestörten Seelenlebens, wie bald nach Beginn des Leidens. Auch die katatonische Muskelstarre, wenn sie, wie hier, sich zu einem schon länger bestehenden Seelenleiden hinzugesellt, ist von keiner günstigen Bedeutung.

9. Krankenvorstellung. Aengstliche Melancholie mit Attonität. Taf. 6, Fig. 2. Der Kranke ist 53 Jahre alt. Er giebt sich für einen Ingenieur aus und hat auch in der That in jüngeren Jahren bei vielen ausländischen Eisenbahnbauten mitgewirkt. In den letzten Jahren jedoch scheint er fast nur vom Schwindel gelebt zu haben. Er ist Zechpreller und Kautionsschwindler, wobei die plumpe Manier, mit der er seine Opfer einfing, das Bemerkenswertheste war Er ist deshalb auch vielfach mit dem Strafgesetze in Conflikt gerathen. Auch jetzt ist er uns aus dem Untersuchungsgefängniss zugeführt worden, nachdem er

kurz vorher von auswärtigen Sachverständigen als Simulant begutachtet worden war.

Die körperliche Untersuchung des in seiner Ernährung herabgekommenen, elend aussehenden Mannes ergiebt Lungenemphysem und Herzhypertrophie. Die Athmungsweite beträgt nur 2 Centimeter, das Athmen geschieht mühsam, schöpfend, seufzend und trägt abdominalen Charakter. Der Gang ist schwankend, unsicher und zögernd. Der Kranke sitzt meist in halbliegender Stellung im Bett, den Oberkörper zurückgebeugt oder auf die Arme gestützt, die Miene mit dem Merkmale der Angst, gespanntem Gesichtsausdruck, weit aufgerissenen Augen, horizontal gefurchter Stirn, die Mundwinkel, soweit sich dies unter dem Bart erkennen lässt, zurückgezogen, den Mund etwas geöffnet, die Nasenflügel weit, ist „vor Entsetzen starr". Der Kranke spricht fast gar nicht. Sobald man ihn anredet, schreckt er zusammen und sucht zurückzuweichen. Mitunter steigert sich die Erregung, wobei der Kranke in ängstlichem Tone leise klagt, er sehe Männer, die ihn mit glühenden Zangen zwicken wollten. Er zieht dann die Bettdecke herauf oder hält die Arme in abwehrender Stellung über der Brust gekreuzt. — In diesem Zustande verharrt der Kranke nun schon mehrere Monate. Während der ersten Tage schlief und ass er überhaupt nicht, später trat wohl etwas grössere Ruhe ein, aber der Charakter des Entsetzens und der ängstlichen Abwehr blieb Mienen und Geberden erhalten. Noch möge bemerkt werden, das vor Jahren schon einmal der gleiche Zustand, aus dem der Kranke mit relativer Genesung hervorging, bestanden hat

Wir sehen hier die Elementarsymptome der Angst, der Hallucinationen, der Wahnideen und der Attonität von schweren körperlichen Erscheinungen, nämlich Lungenemphysem und Herzhypertrophie, begleitet und begehen wohl keinen Irrthum, wenn wir letzteren einen wesentlichen Antheil an den Angstgefühlen zuschreiben. Zugleich erklären sie auch den Umstand, dass, nachdem die schweren Symptome der Attonität verschwunden waren, doch immer noch ein gewisser Grad ängstlicher Spannung bestehen blieb. Derselbe verhinderte den Kranken, sobald er in Freiheit war, nicht, sich den Lebensunterhalt, den er durch Arbeit nicht mehr verdienen konnte, durch Schwindeleien zu erwerben Zugleich aber wurde durch Verhaftung und deren Folgen, Furcht vor längerer Einsperrung u. dergl. der gewohnte leichtere Affekt wieder zur vollen Höhe melancholischer Attonität getrieben.

Nachtrag. Der Kranke verharrte nach dem Abklingen des schweren Affekts und der Lösung der Attonität in einem von Elementen des Schwachsinns durchsetzten chronisch ängstlichen Zustande und starb $1^1/_4$ Jahr später an chronischer Nierenentartung.

Es folgen noch einige Krankenskizzen zur Erläuterung der hypochondrischen Melancholie.

3. Krankenskizze. Aengstliche Melancholie mit hypochondrischen Wahnvorstellungen. Eine junge Dame von 22 Jahren aus guter Familie, bisher stets gesund gewesen und

erblich angeblich nicht belastet, erkrankte nach einer Influenza. Ihr Benehmen war sehr wechselnd, bald launenhaft und reizbar, bald still und träumerisch. Zu geregelter Thätigkeit konnte sie sich nicht mehr bequemen, den ganzen Tag füllte sie mit Klagen über körperliche Leiden, die bald diese, bald jene Gestalt annahmen. Ihr Appetit wurde schlecht und sie magerte ab. Erholungsreisen und Seebäder zeigten sich unwirksam. Vielmehr verschlimmerte sich der Zustand immer mehr. Die körperlichen Klagen wurden bald von Angstanfällen begleitet, und die Kranke musste bewacht werden, da sie Selbstmordversuche unternommen hatte. Etwa ein halbes Jahr nach Ausbruch der ersten, anfänglich noch wenig beachteten, psychischen Symptome wurde die Kranke der Anstalt zugeführt. Am Tage vorher hatte sie folgenden Brief geschrieben: „Liebe Eltern! Ich kann nicht länger leben und die Qualen alle ausstehen, die die Schwester mir vorausgesagt hat. Wie Mama schon sagte war ich damals doch schon wenn auch nicht verrückt, sondern im höchsten Grade aufgeregt, sodass wirklich mein Kopf mit im Spiele war heute Nacht werde ich mir die Pulsader durchschneiden, auf Vergebung darf ich wohl nicht Eurerseits hoffen, die Schlange um den Hals war richtig, wenn Doctor H. morgen kommt, sagt ihm nur, ich hätte es nicht länger ertragen können, helfen hätte er mir doch nicht können, der — O dass ich Euch dies zufügt habe vergebt mir und betet für meine arme Seele. Jetzt kann ich es nicht mehr ändern, bei ruhigerem Nachdenken ist es mir entsetzlich. Welch schauderhafter unseliger Tod. Allein der Gedanke macht mich hier schon davor erbeben. Wie glücklich hätten wir hier noch sein können und diese Schande für Euch. Wäre ich doch in L. gewesen! Mein Magen ist, als wenn er verrutscht wäre, Stuhlgang habe ich auch nicht mehr, so habe ich mich gegen Gott versündigt." — Der Brief war auf ein abgerissenes Stück Papier salopp und unordentlich mit Bleistift hingeworfen. Der Stil, der Inhalt und die vernachlässigte Interpunktion geben von der herrschenden Angst und Verwirrung Kunde.

Die Kranke ist von zarter Konstitution, blasser Gesichtsfarbe und feinem Knochenbau. Sie zeigt schlechten Appetit und muss zum Essen genöthigt werden. Ihre Klagen drehen sich fast ausschliesslich um ihren Körper. Sie habe wohl keinen Magen mehr, sie könne nicht mehr essen, die Augen seien ihr im Kopfe umgedreht, sie sehe blaue und rothe Flammen vor den Augen, sie habe Ohrenklingen und fortwährendes Kribbeln in den Fingerspitzen. Angstanfälle traten noch häufig ein, durchschnittlich alle Tage. Während der ersten Zeit erfolgte ein stärkerer mit Schreien

und Aufregung verbundener Paroxysmus. Der Schlaf ist schlecht und häufig durch ängstliches Aufschreien unterbrochen. Das Benehmen der Kranken ist wechselnd Während der ersten Zeit ist es meist unfreundlich und abweisend, Antworten werden nur zögernd und verdrossen gegeben. Als die Kranke Besuch von ihren Angehörigen bekommt, löst sich ein heftiger Angstparoxysmus aus, worin sie heftig schrie und wie sinnlos um sich schlug. Die psychische Hemmung trat vornehmlich in der Gedankenlosigkeit, die die Kranke darbot, und ihrem apathischen Verhalten zu Tage. Während der ersten 11 Wochen verschlimmerte sich der Zustand noch. Des Nachts war die Kranke fast unausgesetzt unruhig und störend, des Tages lag oder stand sie apathisch herum und kaute an ihren Nägeln. Sie musste gereinigt und gefüttert werden und verlor 4 Kilogramm an Gewicht. Hallucinationen waren offenbar noch vorhanden, obgleich die Kranke nicht mehr davon sprach. Die Kranke starrt häufig auf einen Punkt zum Fenster heraus, geht rückwärts zur Thür hinaus, als ob sie Jemand nach sich zöge, mitunter auch mit einer Miene, als ob sie etwas Grässliches sähe.

Seitdem fingen die krankhaften Spannungen an, sich allmälig zu lösen. Der Schlaf wurde besser, die Unruhe liess nach, die blöde Physiognomie nahm wieder einen freieren Ausdruck an, die Sonderbarkeiten im Benehmen wurden seltener. Die Kranke liess sich zum Sprechen herbei, gab freundliche und angemessene Antworten, und äusserte ihre Wahnideen nicht mehr in so bestimmter Weise, wie zu Anfang ihres Aufenthaltes. Der Affekt war offenbar stark im Sinken. Am längsten hielt sich noch die Nahrungsverweigerung, sodass die Fütterung noch bis tief in die Rekonvalescenz hinein fortgesetzt werden musste, und die leidige Gewohnheit des Nägelkauens. Doch verloren sich schliesslich auch diese Symptome und die Kranke verliess nach einem halben Jahre, ein Vierteljahr nach begonnener Rekonvalescenz, genesen die Anstalt. Die Gewichtszunahme seit der Aufnahme betrug 8 Kilogramm und seit Beginn der Rekonvalescenz 16 Kilogramm. Die Genesene hat sich seitdem hier mehrfach vorgestellt und ihrer Dankbarkeit in ansprechender Weise Ausdruck gegeben. Auffallend ist es, dass sie von den Vorgängen während der ersten Zeit ihres hiesigen Aufenthaltes nur eine dunkle Vorstellung, an die schwerste Periode der Krankheit aber keine Erinnerung mehr hat.

Wir sehen hier als psychische Elemente Angst, Hallucinationen und Wahnideen auftreten. Letztere tragen einen ausgesprochen hypochondrischen Charakter, ein bei einem sonst gesund gewesenen jungen Mädchen seltener Fall, und sind offenbar aus Sensations-

anomalien peripherer Organe entstanden. Die „Peripherie“, auch auf sensoriellem Gebiete, wie die Hallucinationen und subjectiven Gesichts- und Gehörsbilder beweisen, dürfen wir uns hier als das ursprünglich Erkrankte denken. Affekte und Wahnideen, namentlich aber letztere als „centrale“ Symptome, sind alsdann als durch die Uebermittelung kranker Reize von der Peripherie her entstanden zu erklären. Die Präkordialangst allerdings trat hier in so elementarer Form und scheinbar so unabhängig von den übrigen Symptomen auf, dass sie auch als eine direkte Folge von Cirkulations- und Ernährungsstörungen der Hirnrinde angesehen werden kann.

Die Ursache des Gesammtleidens darf man sehr wohl in der vorausgegangenen Influenza suchen. Die Erfahrungen aus den grossen Seuchezügen der Influenza in den letzten Jahren sprechen für eine solche Annahme, um so mehr, als sich hier die psychische Erkrankung, wenn auch anfänglich unmerklich, doch unmittelbar an eine langsame Rekonvalescenz aus Influenza angeschlossen hatte. —

4. Krankenskizze. Hypochondrische Melancholie. Eine 26jährige Korbmachersfrau erkrankte im Anschluss an ihre vor vier Wochen erfolgte erste Entbindung. Mütterlicherseits ist sie erblich belastet, sie selbst ist bisher nie krank gewesen. Doch sollen Verdrossenheit und Niedergeschlagenheit in der letzten Periode der Schwangerschaft zeitweise aufgetreten sein, ohne dass die Umgebung besonderes Gewicht auf diese Erscheinungen gelegt hätte, da man sie als durch den körperlichen Zustand genügend motivirt erachtete. Noch mag vorausgeschickt werden, dass die Kranke zwar in einem gewissen Wohlstande lebt, dass aber Mann und Schwiegervater notorische Trinker sind und die junge Frau oft schlecht behandelt haben sollen. — Wegen ängstlicher Unruhe, die sich in den letzten Tagen gesteigert hatte, wurde sie der Anstalt zugeführt.

Die Kranke zeigt sich als eine gut genährte Frau mit gesunder blühender Gesichtsfarbe, was zu dem schmerzlich-ängstlichen Ausdrucke der Miene in einem sonderbaren Contrast steht. Sie weint fast beständig und klagt über alle möglichen körperlichen Beschwerden. Bald hat sie Druck in der Herzgrube, bald in der Magengegend, bald in der Brust. Einmal klagt sie über Schmerz in den Beinen, das nächste Mal, dass die Beine gar nicht da wären, wieder ein anderes Mal, dass ihr der Hals zugeschnürt wäre und es wie ein Klumpen im Leibe sässe. Sie wisse, dass sie unheilbar sei und daran sterben müsse. Obgleich Schlaf und Appetit gut sind, versichert sie doch stets, dass sie Nichts essen könne und gar nicht geschlafen habe. — Die Kranke hält ihr Leiden für ungemein wichtig und sich selbst für die schwerste Kranke im ganzen Hause.

Es geschieht nach ihrer Meinung nicht genug für sie und deshalb verklagt sie die Pflegeschwestern, dass diese sie vernachlässigten. Ja sie geht sogar so weit, ihren Verwandten und selbst fremden Leuten aus dem Fenster zuzurufen, sie werde hier misshandelt, was wiederum einen eigenthümlichen Contrast zu dem sonst freundlichen und liebenswürdigen Wesen, das sie im Verkehr mit Aerzten und Schwestern zeigt, bildet. Wird sie darüber zur Rede gestellt, so ist sie verlegen und versucht zu leugnen oder ihren Worten eine andere Deutung zu geben. — Die Kranke befindet sich jetzt seit 8 Wochen in der Anstalt.

Das herrschende Symptom scheint schmerzliche Verstimmung zu sein. Den Inhalt der Klagen bilden hypochondrische Vorstellungen Dieselben haben noch keine feste Gestalt angenommen, sondern schwanken haltlos von einem Theile zum anderen. Auch die mitunter geäusserte Idee, dass sie sterben müsse, sitzt durchaus nicht fest. Sie wird nur ausgesprochen, damit sie widerlegt werde. Tiefer scheint sich eine andere Vorstellung eingenistet zu haben, nämlich, dass nicht genug für sie geschehe. Die Idee, dass sie gemisshandelt werde, ist alsdann nur die Weiterspinnung und zugleich Verwechslung von phantastisch Geschautem mit wirklich Erlebtem. Oder sie glaubt überhaupt nicht daran, sondern spricht nur so, um sich Anderen interessant und mitleidenswerth zu machen. Dem möge sein, wie es wolle — in jedem Falle haben sich maniakalische Elemente der Selbstüberhebung dem krankhaften Vorstellungsinhalte beigemischt

D. Die Manie.

Das Wesen der Manie besteht in einem über das Gewöhnliche erhöhten leichten Vonstattengehen der psychischen Vorgänge, welches offenbar durch abnorme Ernährungsvorgänge im Gehirn, namentlich Hyperämie und erhöhten Säftezufluss zur Rindensubstanz, bedingt ist. Die Folge dieser erleichterten psychischen Thätigkeit ist heitere, freudige Stimmung, gehobenes Kraft- und Selbstgefühl (s. Kap. 1, C.).

Viel häufiger noch, als die Melancholie, ist die Manie blosse Zustandsform, die vorübergehend in den verschiedensten Irreseinsformen vorkommen kann. Doch giebt es unzweifelhaft auch Fälle, wo sie selbstständig auftritt und verläuft.

Das Verhalten des Maniakalischen ist seiner Stimmung angemessen. Das erhöhte Lustgefühl giebt sich zunächst als Kraft- und Gesundheitsgefühl, später auch als Empfindung besonderen Werthes, eine bedeutende Persönlichkeit zu sein, kund. Der Maniakalische vergleicht sich gern mit grossen Männern. Er sei ein Lichtfreund, er

habe das Zeug zu einem Reformator in sich, er könne mehr, als Andere, er dürfe mehr wagen, weil es ihm eher gelinge u. s. w. Doch kommt es in der reinen Manie noch nicht zu den sogenannten Grössenideen, z. B. Kaiser, Papst, Gott zu sein u. s. w., welche vielmehr lediglich Inhalt des mit Schwachsinn und Lähmungen gepaarten maniakalischen Bewusstseins (s. Paralyse Kap. 19) sind.

Das Urtheil ist, da es mit rascher Auffassungsgabe gepaart auftritt, ebenfalls rasch und zugleich scharf. Es trifft auch oft das Richtige. Der Maniakalische hat ein scharfes Auge für die Schwächen seiner Umgebung und kann schlagfertig, witzig und satyrisch werden. Doch bezieht sich dies mehr auf Urtheile über oberflächliche und alltägliche Dinge. Tiefere Combinationen sind dem Maniakalischen deshalb meist versagt, weil ihm die Ideenflucht keine Zeit zur Ueberlegung lässt. Der Maniakalische leidet an Ueberfülle von rasch sich jagenden Gedanken und Vorstellungen, und der Redestrom, obgleich er unaufhörlich fliesst, ist doch nicht im Stande, die Seele ebenso rasch von ihnen zu entlasten.

Das Handeln des Kranken stellt gleichfalls eine Entäusserung des inneren Dranges dar. Es ist unruhig, zerfahren, hastig. Der Kranke treibt sich gern in Wirthshäusern herum, macht Reisen, entwirft Pläne, kauft, baut, speculirt u. s. w. An sich braucht dies Alles noch nicht unsinnig, ja nicht einmal unzweckmässig zu sein. Aber es trägt den Charakter der Uebereilung, da etwaige Gegenmotive nicht voll in's Bewusstsein treten Ebenso verhält es sich mit der nicht selten zu beobachtenden Verletzung der guten Sitten und des Anstandes, weil moralische und ästhetische Bedenken nicht Zeit haben, sich geltend zu machen, nachträgliche Correcturen aber von dem Ideenflusse mit fortgerissen werden.

Die Manie ist dem Grade nach sehr verschieden. Man kann eine leichte und eine schwere Form unterscheiden. Bei der l e i c h t e n Form hält sich der Kranke noch halbwegs in gesunden Grenzen. Sein Selbstgefühl ist zwar gesteigert, die Ideen fliessen rasch und drängen, ohne dass Gegenvorstellungen genügend zur Geltung kommen, zum Handeln. Aber es werden noch keine offenbaren Wahnideen ausgesprochen und die Handlungen sind zwar auffallend, vielleicht beklagenswerth, aber erregen bei der Umgebung zunächst noch nicht den Verdacht einer Geistesstörung. Der Kranke schwatzt viel, spricht und lacht laut, macht verschiedene Pläne, ohne auch nur einen davon genügend durchzudenken, renommirt, schilt und zankt sich. Sein Verhalten nimmt allmälig einen immer anstössigeren Charakter an. Er betrinkt sich und begeht geschlechtliche Excesse.

Trotz allen Selbstgefühles vergisst er, was er sich und seiner Würde schuldig ist.

Bei jugendlichen Personen äussert sich Ueberhebung und Bewegungstrieb häufig in allerhand Scherzen, Spässen und Schabernack. Sie spielen Anderen gern einen Possen und freuen sich dann des gelungenen Streiches, sie verhöhnen und verspotten Erwachsene, zeigen ihnen die Zunge, spucken nach ihnen, versetzen ihnen hinterrücks Püffe und dergl. — Kurz, das Handeln zeigt den Charakter einer in's Krankhafte gesteigerten knabenhaften Ungezogenheit.

Bei der schweren Form sind alle Symptome gesteigert. Der Gefühlsüberschwang beglückt den Kranken bis zur Seligkeit, das Selbstgefühl erhöht sich zu Grössenideen, unmögliche Pläne werden gefasst, die Handlungen nehmen den Charakter des Ueberhasteten und zugleich Unmotivirten an, werden lärmend und tobend. Der Kranke schwimmt nicht mehr frei auf den Fluthen der Ideen, sondern wird in ihren Strudel mit fortgerissen und willenlos untergetaucht. Er schwatzt sinnloses Zeug durcheinander, weil der Zusammenhang der Ideen verloren gegangen ist, hascht nach einzelnen Worten, reimt nach dem Gleichklang der Silben oder nach oberflächlicher Begriffsähnlichkeit. Schliesslich löst sich auch noch dieser lockere Zusammenhang und jede Verbindung geht verloren. Es wird kein Satz mehr gebildet, kein Wort mehr gesprochen, nur noch unarticulirte Laute ertönen. Oder der Kranke war noch im Stande, eine Idee, ein Wort in dem Strudel zu ergreifen, wie der Ertrinkende die rettende Planke, klammert sich an dasselbe an und wiederholt es nun unaufhörlich in ermüdender Eintönigkeit. Auch die Handlungen, die in der leichten Form, wenn auch krankhaft begründet, doch immerhin noch einigermassen unter der Herrschaft des controllirenden Verstandes standen, sind ganz zügellos geworden und entarten zu sinnloser Zerstörung und vollkommener Tobsucht. (S. Kap. 14.)

Sinnestäuschungen kommen in beiden Formen, am häufigsten in der schweren Form vor und stellen alsdann zugleich die Complikation dar, welche das Leiden vornehmlich zu einem schweren macht. Sie sind entweder von Anfang an vorhanden oder gesellen sich erst im weiteren Verlaufe dazu. Auch hier entsprechen sie, ebenso wie wir dies bei der Melancholie gesehen haben, in ihrer Färbung der Grundverstimmung und sind demnach vorwiegend heiterer Natur. Bemerkenswerth ist namentlich auch das häufige Auftreten von Illusionen des Gesichts. Die Figuren der Menschen verändern sich, sie wachsen ins Ungeheure oder schrumpfen ein, machen Grimassen und verwandeln sich. Auch Personen-Verwechslungen werden häufig beobachtet. Ebenso kommen Illusionen des Gehörs, Geruchs und

Geschmacks vor, sowie endlich Veränderungen des Allgemeingefühls, mitunter als Gleichgewichtsstörungen, leichter Schwindel oder Aufhebung des Gefühls der körperlichen Schwere empfunden. „Ich komme mir so leicht vor, als könne ich fliegen“, „mir ist es, als ob ich von der Erde aufgehoben würde“, „ich fühle keinen Fussboden unter mir“ — sind Aeusserungen, die man nicht selten von Maniakalischen aussprechen hört.

Zu der schweren, d. h. prognostisch schweren, Form der Manie ist das Leiden auch alsdann zu rechnen, wenn es, was nicht selten vorkommt, Zeichen des Schwachsinns an sich trägt. Dies ist vorzugsweise bei jugendlichen Personen der Fall. Der Schwachsinn wird hier hauptsächlich an dem Genügen an einfältigem und albernem Thun, ferner an der Neigung zu sinnlosen Reimreden und verkehrten Wortbildungen, denen dann eine besondere Bedeutung beigelegt wird, und zu öder Geschwätzigkeit erkannt. Ein niemals irreführendes Zeichen ist auch der maniakalische Sammeltrieb, der sich alsdann auf werthlosen Plunder, Knöpfe, Scherben, Blätter und dergl. Dinge, die als werthvolle oder wenigstens der Beachtung sehr würdige Schätze angesehen werden, zu richten pflegt. Auch das Aufsuchen und schriftliche Ansammeln von Wortähnlichkeiten, das ohne irgend welches wissenschaftliche Interesse, selbst ohne Begriffsverwandtschaft, lediglich des hohlen Gleichklangs oder der Symmetrie wegen geschieht, und die Wichtigkeit, die dem nichtigen Treiben beigemessen wird, sind hierher zu rechnen. „Ich suche zweisilbige Worte, die mit R anfangen, das hat vor mir noch Niemand gethan‘, — sagte einmal ein maniakalischer Lehrer. „Ich habe eine innere Stimme gehört, die mir gebot, zwanzig Reime auf „Welt“ zu suchen, dann würde ich viel Anerkennung erwerben“ — ein anderer Kranker.

Auch die Stehlsucht ist hier zu erwähnen. Es giebt maniakalische Kranke, die Alles stehlen, das ihre Aufmerksamkeit erregt. Andere treffen eine gewisse Auswahl und stehlen nur solche Dinge, die mit den gerade im Vordergrunde des Bewusstseins stehenden Trieben und Liebhabereien in Verbindung stehen. So verleitet der Sammeltrieb oft zum Stehlen. Ein Kranker schnitt einem blödsinnigen Epileptiker sämmtliche Knöpfe von der Hose, weil er gerade beim Sammeln „merkwürdiger“ Knöpfe war. Auch die Lust, Andere zu überlisten oder ihnen einen Schabernack zu spielen, kommt hierbei zur Geltung.

Klinisch steht diese Form übrigens dem Schwachsinn näher, als der Manie, von der sie nicht viel mehr entlehnt, als die unbesorgte, heitere Stimmung, das Gefühl des Wohlbehagens und die leicht über

hebende Hervorkehrung der eigenen Persönlichkeit. Man bezeichnet sie auch mit dem Namen: Schwachsinn mit Manie.

Die pathologisch-anatomische Grundlage der Manie sowohl, wie der Melancholie, ist in Ernährungsstörungen des Gehirns zu suchen. Nach Meynert (Klin. Vorles. über Psychiatrie, S. 6) ist die Hirnrinde der Sitz zweier verschiedener funktioneller Leistungen, erstlich nämlich der Zusammenziehung der arteriellen Ringmuskeln und zweitens der Association mit Einschluss der Willensimpulse, des Gedankenflusses und des motorischen Innervationsgefühls. Nehmen wir nun an, dass eine Rindenstelle zugleich beiden Leistungen diene, so zwar, dass immer nur eine Thätigkeit zur Zeit geleistet werden kann und diese die andere hemme, so darf man ferner schliessen, dass, wenn die corticale Gefässinnervation, d. h. die Zusammenziehung der arteriellen Ringmuskeln gross oder gar über die Norm erhöht ist, Gedankenfluss und Bewegungsinnervation klein sein werden. Diese Hemmung giebt sich psychisch im Gefühle der gebundenen schmerzlichen Stimmung kund (Melancholie). Umgekehrt, wenn die corticale Zusammenziehung der arteriellen Ringmuskeln nur schwach funktionirt, wird das Associationsspiel, Gedankenfluss und motorischer Impuls lebhafter von Statten gehen, was psychisch als Lust- und Glücksgefühl in Erscheinung tritt (Manie). Bei der Melancholie würde man also an lokale Anämie, bei der Manie an ebensolche Hyperämie zu denken haben. Mit dieser Theorie stimmen in der That auch körperliche Begleiterscheinungen, namentlich die schweren Ernährungsstörungen der Melancholie, sowie die Erfahrung überein, dass sich Melancholie gern an vorausgegangene körperliche Erschöpfungszustände anschliesst. Allerdings darf man nicht vergessen, dass sich Vorstellungsflucht auch bei trüber Verstimmung finden kann. Es giebt Melancholiker, die sich über die mit peinlichen Empfindungen verbundene Gedankenjagd, von der sie bestürmt werden, beklagen.

Bei veralteten Fällen findet man als Ausdruck von compensatorischer Hyperämie und der an anderen Stellen eingetretenen Stase wohl auch leptomeningitische Exsudate.

Bei weiblichen Personen nimmt maniakalisches Selbstgefühl leicht erotische Formen an. Man hält sich für besonders schön, liebenswürdig und geliebt, man putzt sich, kokettirt und intriguirt. Oder der Affekt zeigt das nahe verwandte religiös-ekstatische Bild. Die Kranke schwelgt in himmlischen Seligkeitsgefühlen, betet, singt und hält sich für besonders fromm und begnadet.

Körperliche Begleiterscheinungen. Die Haltung des Maniakalischen ist fest, gerade, der Gang elastisch, die Gesichtszüge sind in leichter Spannung, das Auge ist belebt, die Bewegungen sind

energisch und kräftig. Der Maniakalische pflegt in Folge dessen jünger anszusehen, als er ist. Die Sekretionen gehen normal von Statten. Doch wird der Urin mitunter vermehrt gefunden und zeigt im Höhestadium Abnahme der Phosphorsäure. Dagegen ist der Schlaf mangelhaft. Appetit ist wohl vorhanden, der Kranke kommt aber häufig vor Unruhe nicht dazu, ihn ordentlich zu befriedigen. In Folge dessen nimmt auch trotz scheinbaren Wohlseins das Körpergewicht ab. Doch ist dies niemals in so bedeutendem Grade der Fall, wie bei der Melancholie.

Der Verlauf der Manie als selbstständige Krankheitsform gestaltet sich verschieden. Selten tritt sie ganz primär in Erscheinung, meist pflegt ihr vielmehr ein kurzes melancholisches Vorläuferstadium voranzugehen. Abwechselnde Steigerung und Nachlass der Erscheinungen wird vielfach beobachtet.

Die Dauer beträgt meist nicht unter mehreren Wochen oder Monaten.

Die Ausgänge sind:

a) in Genesung durch allmälige Lösung und Abklingen des Affekts;

b) in Tobsucht, durch weitere Lockerung des psychischen Mechanismus und Steigerung des Affekts, wonach auch noch Genesung eintreten kann;

c) in chronische unheilbare Manie. Der Affekt verringert sich, aber Intelligenzschwäche und persönliche Ueberschätzung bleiben zurück. Von diesem Boden erheben sich alsdann episodisch motorische Aufregungszustände zornigen Charakters, meist veranlasst durch das Bewusstwerden des Contrastes zwischen innerer Werthschätzung und äusserer Behinderung. Diese Form ähnelt sehr der sekundären Paranoia (Kap. 14), unterscheidet sich aber von ihr durch das Fehlen systematisirter Wahnideen;

d) in sekundäre Schwächezustände, entweder direkt oder auf dem Umwege durch die Tobsucht.

Der Ausgang in Tod kommt bei der reinen primären Manie nicht vor, falls keine begleitenden körperlichen Erscheinungen, z. B. intercurrente Lungenentzündungen, ihn verursachen.

Die Prognose der reinen primären Manie ist günstig, da man etwa 80 % Genesungen berechnet.

Dreizehntes Kapitel.

I. Die Psychoneurosen.

(Fortsetzung.)

E. Die Tobsucht.

Die Tobsucht ist zwar niemals eine besondere Krankheitsform für sich, sondern stets nur Symptom. Da sie aber in Pathogenese und Verlauf eng mit den affektiven Irreseinsformen, nämlich der Melancholie und der Manie, verbunden ist, da sie ferner ein so hervorragendes Symptom darstellt, dass zeitweilig alle anderen dadurch verdeckt werden, so erscheint es praktisch zweckmässig, sie eingehend lieber hier, als unter den Elementarerscheinungen, zu besprechen.

Namhafte Schriftsteller bringen die Tobsucht nur mit der Manie in ursächliche Beziehung, indem sie sie als eine Art höheren Stadiums derselben beschreiben. Eine melancholische Tobsucht dagegen erkennen sie nicht an. Meiner Meinung nach mit Unrecht. Denn der Begriff der Tobsucht wird dadurch zu eng begrenzt.

Tobsucht, ganz im Allgemeinen gesprochen, ist heftige motorische Entäusserung eines Affektes — gleichgiltig welchen — mit der Nebenbedeutung des Zweck- und Sinnlosen. Strenggenommen müsste man also wenigstens vier verschiedene Arten von Tobsucht unterscheiden, nämlich Tobsucht aus Angst, ferner eine schmerzlich-melancholische, eine maniakalische und eine zornige Tobsucht. Auch würde es gewiss nicht schwer fallen, klinisch diese vier Formen genügend auszusondern. In praktischer Beziehung aber genügt es, zwei Hauptformen, nämlich die melancholische und die maniakalische Tobsucht, zu unterscheiden.

Die melancholische Tobsucht kommt (s. Lap. 12, C.) so zu Stande, dass die unter hohem Drucke gespannten Bewegungsimpulse plötzlich den hemmenden Druck sprengen und sich unwiderstehlich Luft machen. Die maniakalische Tobsucht dagegen ist nur eine Weiterentwickelung des ursprünglichen Affektes, namentlich in der Richtung des beschleunigten Ablaufes der psychischen Thätigkeiten. Die Vorstellungen werden so rasch in Bewegungsimpulse umgesetzt, und letztere folgen sich in so beschleunigtem Zeitmaasse, dass schliesslich das Selbstbewusstsein die Zügel verliert, und nun die psychischen Kräfte, vor Allem die Bewegungsimpulse, in regellosem Laufe dahinstürmen.

Der vorherrschenden Grundverstimmung entsprechend ist auch die äussere Physiognomie beider Arten von Tobsucht sehr verschieden.

Den Melancholiker beherrschen Unlustgefühle, — daher hat auch seine tobsüchtige Erregung etwas Finsteres, Angstvolles, Fürchterliches.

Die maniakalische Tobsucht dagegen, so schlimm sie sich auch anscheinend geberden mag, trägt doch mehr ein heiteres, wenigstens harmloses und sorgloses Gesicht. Ausnahmen kommen allerdings auch hier vor, namentlich da, wo sich das gesteigerte Selbstbewusstsein des Kranken mit Unlustgefühlen paart und deshalb die tobsüchtige Erregung den Charakter zornigen Affektes annimmt.

Auch das Auftreten beider Arten hat etwas Grundverschiedenes. Die melancholische Tobsucht, so auch bei der Melancholia attonita, kommt plötzlich, explosiv, überraschend und erhebt sich sofort zu voller Höhe. Der Kranke sitzt noch ganz ruhig da, einen Augenblick darauf ist er schon in die Höhe geschnellt, hat einen Stuhl ergriffen und ihn an die Wand geschmettert, oder sonst eine Unthat verübt. Die maniakalische Tobsucht aber entwickelt sich allmälig und gewährt der Umgebung Zeit, sich auf sie vorzubereiten. Des Morgens z. B. ist der Maniacus noch ganz erträglich, wenn auch etwas zudringlich und vorlaut. Er fängt bereits an, sich über seine Umgebung lustig zu machen und beim Frühstück entreisst er aus Uebermuth einem Mitkranken den Teller. Beim Mittagessen wirft er schon das Compot zum Fenster hinaus. Nachmittags zertrümmert er unter Singen und Johlen Tische und Stühle und Abends ist er völlig ausser Rand und Band, er schnappt und schlägt sinnlos um sich, er kann nicht mehr sprechen, sondern kreischt und lallt nur. Die melancholische Tobsucht gleicht in ihrem Entstehen dem vulkanischen Ausbruche oder dem gewaltsamen Deichbruche, — die maniakalische dem allmäligen Ueberfliessen des Elements über unversehrte Schutzwehren. Darum ist auch der melancholische Tobsüchtige gefährlicher für die Umgebung, als der maniakalische.

Die zornige Tobsucht ist, wie der Zorn selbst, ein gemischter Affekt und entspringt Unlustgefühlen bei gesteigertem Selbstbewusstsein. Sie wird im Verlaufe der Manie beobachtet, und zwar sowohl der frischen primären, als der chronisch gewordenen unheilbaren Form. Aber auch in der Paralyse (s. Kap. 20) und der Epilepsie (s. Kap. 17), wie in allen lebhafte Affekte erzeugenden krankhaften Seelenzuständen überhaupt kommt sie gelegentlich zum Austrag. Die Veranlassung zu dem jedesmaligen Ausbruche ist dabei stets subjectiv, d. h. krankhaft begründet. Objectiv ist die Veranlassung meist so unbedeutend, wie möglich. Ein einfacher Widerspruch, ein Befehl, eine Anordnung, ein Verbot genügen, um sie hervorzurufen. Schwerer erregende Veranlassungen sind Gehörshallucinationen. Nicht selten richtet sich dann der Zorn gegen irgend einen Unschuldigen aus der Umgebung, von dem die drohende, höhnende oder verletzende Aeusserung auszugehen schien. Mitunter liegt auch gar keine äussere

Veranlassung vor, sondern die zornig-tobsüchtige Aufregung ist nur der Ausdruck des bis zu explosiver Höhe angehäuften Unlustgefühles. Solcher geärgerter und ärgerlicher Kranker giebt es in jeder grösseren Anstalt stets eine gewisse Anzahl. Aeusserlich unterscheiden sich ihre Temperamentsausbrüche wenig von denen Gesunder und scheinen somit oft lediglich Böswilligkeit zur Voraussetzung zu haben. Um so weniger darf man sich täuschen lassen und muss sich stets das Zwangsmässige und Krankhafte auch solchen Gebahrens vor Augen halten, wenn man schwere Missgriffe vermeiden will.

Der tobsüchtigen Erregung in der akuten Verworrenheit ist schon gedacht worden. Sie ist entweder der Ausfluss schreckhafter, oft hallucinatorisch hervorgerufener Vorstellungen, also im Wesentlichen eines Affektes der Unlust, oder auch direkter Reizung der centralen motorischen Ganglien, die sich in zweck- und sinnlosem Bewegungsdrange äussert.

Die Dauer der Tobsucht ist sehr verschieden. Melancholische Tobsuchtsanfälle können sehr rasch vorüber gehen, nach Stunden oder Tagen. Im Allgemeinen kann man sagen: Tobsucht ist ein treuer Begleiter des Affekts — so lange dieser andauert, kann auch tobsüchtige Erregung bestehen, was über Jahr und Tag dauern kann. Mit ihm auch ändert sie nothwendig ihren Charakter. Wie im Verlaufe einer Psychose eine ursprüngliche Melancholie in Manie umschlagen kann, so geht auch melancholische Tobsucht unter solchen Umständen in maniakalische über — und umgekehrt.

Unter den körperlichen Begleiterscheinungen fehlen niemals zwei sehr bedeutungsvolle — Schlaflosigkeit und Abnahme des Körpergewichts. Erstere kann ohne alle Unterbrechung Wochen und Monate dauern. Dass bei einer so heftigen Störung des cerebrospinalen Nerven-Muskelsystems auch die vegetative Sphäre leiden muss, und dass sich diese Mitleidenschaft hauptsächlich in der Abnahme der Ernährung und des Gewichts äussert, ist wohl erklärlich. —

Mitunter sind leichte Temperaturerhöhungen von 38 Grad und darüber beobachtet worden, — wohl als Folge des vermehrten Umsatzes in den willkürlichen Muskeln. — Ab- und Ausscheidungen gehen normal von Statten. Den Harn hat man mit Phosphaten gesättigt gefunden.

Der Ausgang der Tobsucht ist entweder Zurücksinken in den ursprünglichen melancholischen oder maniakalischen Affekt, oder nach einem vorübergehenden Stadium der Verworrenheit in psychische Schwächezustände, nämlich sekundäre Paranoia oder sekundären Blödsinn oder auch in den Tod. In sehr schweren Fällen, wo die Unruhe mit geringen Unterbrechungen lange Zeit Tag und Nacht

hindurch anhält und wo zugleich wenig oder nichts genossen wird, leidet die Ernährung ausserordentlich. Der Puls wird klein und schnell, die Eigenwärme steigt beträchtlich an, Symptome direkter Hirnreizung, wie Zähneknirschen und Speichelfluss, stellen sich ein, Diarrhöen gesellen sich hinzu, im Urin zeigt sich Eiweiss, vorübergehende Collapszustände treten immer häufiger ein, — und endlich erfolgt unter Eintritt stiller Delirien der Tod. Doch möge hierzu bemerkt werden, dass dieser Ausgang um so seltener geworden ist, je mehr man durch sorgfältige Ernährung und namentlich durch Bettruhe (s. Kap. 27) der raschen Verzehrung der Kräfte vorzubeugen gelernt hat.

10. Krankenvorstellung. Manie mit Tobsucht. Genesung nach 8 Monaten. (Taf. 10, Fig. 1 u. 2.) Die Kranke, ein junges Mädchen aus reicher Familie, ist erblich veranlagt. Sie hat eine „nervöse" Mutter, die sich in einer Nervenheilanstalt aufhält, und ist selbst schon einmal geistig erkrankt gewesen. Erziehung und Bildung haben Nichts zu wünschen übrig gelassen, ihr Temperament wird als heiter und angeregt geschildert, Witz und Geist werden an ihr gerühmt. Die jetzige Erkrankung trat plötzlich auf. Die Veranlassung war wohl in dem gerade hier herrschenden Freimarktstrubel, in den sich Jung und Alt, Vornehm und Gering ohne Besinnen zu stürzen pflegt, zu suchen. Das Fräulein, das sich hier zum Besuch befand und dem diese Freuden etwas Neues waren, hatte ziemlich viel davon gekostet und war mehrere Tage lang spät zu Bett gekommen. Plötzlich eines Abends, nachdem sie noch viel Musik gehört hatte, fing sie an, unruhig zu werden, schwatzte viel sinnloses Zeug durcheinander, pfiff, sang und lachte fast die ganze Nacht hindurch. Am andern Morgen schenkte sie einer Italienerin, die vor dem Hause mit einem Tambourin Musik machte, Gold und Armbänder, warf darauf die Möbel im Zimmer umher und zum Theil zum Fenster hinaus, ging auch im Nachthemd auf die Strasse und verübte andern Unfug.

Die Kranke ist ein zart gebautes, übrigens gut genährtes und voll entwickeltes Mädchen. Ihre grosse Unruhe verhindert eine eingehende körperliche Untersuchung, doch sind Anzeichen einer organischen Störung der Brust- oder Unterleibsorgane nicht vorhanden. Sie schwatzt unaufhörlich, bald deutsch, bald französisch, bald holländisch durcheinander, hält kein Thema fest, antwortet auf Fragen entweder gar nicht oder wird, wenn sie eine Antwort versucht, durch die herrschende Ideenflucht, die sie vom Hundertsten in's Tausendste führt, sofort wieder davon abgelenkt. Dabei sehen wir grosse motorische Unruhe, die sich namentlich im Laufe des Tages zu steigern pflegt, während des Morgens die Kranke sich noch am zugänglichsten zeigt. Fortwährend ist die Kranke in Bewegung; entweder wirft sie Sachen umher, oder sie zerreisst ihre Kleider, oder tanzt oder macht sich mit ihrer Frisur zu schaffen, indem sie die Zöpfe bald so, bald anders flicht. — Mitunter lässt die tobsüchtige Erregung auch nach und der Affekt wird auf das



Fig. 1.
Tobsucht in heiterer Erregung.



Fig. 2.
Dieselbe in schmerzlicher Verstimmung.



Fig. 1.
Einfache Manie.



Fig. 2.
Zornige Tobsucht.

Maass einer gewöhnlichen Manie herabgestimmt. Die Kranke ist dann ruhiger, geordneter und wenigstens einigermassen und auf kurze Zeit im Stande, ein leidlich geordnetes Gespräch zu führen. Grössenideen äussert sie nicht, die maniakalische Selbstüberhebung äussert sich vielmehr in Lustigkeit und satirischen Bemerkungen. Auf Kosten ihrer Umgebung kann sie dann schlagfertig und witzig sein Im Ganzen treten diese ruhigen Zeiten jedoch nur selten ein und halten auch nicht lange an. Noch seltener und kürzer sind melancholische Episoden, die das Charakterbild der Manie gelegentlich durchsetzen — Die Physiognomie der Kranken ist ganz das Spiegelbild des Affektes, — aufgeschlossene, lachende, übermüthig fröhliche Miene und glänzende Augen im Zustande der Manie, — gefurchte Stirn, hängende Mundparthie, trüber Blick während der melancholischen Episoden.

Der Beurtheilung bietet der Fall keine Schwierigkeiten. Wir haben eine einfache, bis zu tobsüchtiger Erregung gesteigerte Manie vor uns. Die Ursachen sind in individueller, nämlich erblicher Veranlagung, und in gehäuften, mit Schlafentziehung verbundenen, Vergnügungsstrapazen zu suchen Die Prognose ist trotz erblicher Veranlagung günstig zu stellen, da weder Hallucinationen, noch Wahnideen die einfache Stimmungsanomalie beschweren, und noch weniger Schwächesymptome in der Intelligenz hervortreten. Durch warme Bäder von 4—5 Stunden Dauer, sowie durch gelegentliche hydropathische Einwickelungen des ganzen Körpers ist schon vorübergehende Beruhigung erzielt worden.

Nachtrag. Die Kranke wurde nach 8 Monaten genesen entlassen, und ist bis heute, 2 Jahre nachher, gesund geblieben.

11. Krankenvorstellung. Protrahirte Manie nach vorausgegangener Melancholie. (Taf. 11. Fig. 1.) Die Kranke, eine junge Dame von 25 Jahren, stammt aus einer erblich belasteten Familie. Der Vater, ein Lehrer, der sich von jeher durch Absonderlichkeiten ausgezeichnet hatte, endete im geisteskranken Zustande sein Leben durch Selbstmord Seit längerer Zeit schon war ein veränderliches eigenthümliches Wesen an der Kranken aufgefallen. Sie zog sich von aller Gesellschaft zurück, suchte die Einsamkeit und überliess sich dumpfem Hinbrüten. Allmälig gesellten sich Aufregungszustände hinzu, und Lebensüberdruss und Selbstmordideen wurden geäussert In diesem Zustande wurde die Kranke zum ersten Male der Anstalt zugeführt. Sie zeigte die Merkmale einer Melancholie mit Angstgefühlen, sehr gedrückte und beklommene Stimmung nebst begleitendem Magencatarrh. Beständig klagte sie, dass es doch nicht besser werden könne, sie, sowie ihre ganze Familie sei zum Unglück geboren, am besten sei es, sie mache es, wie es ihr Vater gemacht habe Bemerkenswerth war, dass ihre Klagen auch häufig hypochondrischer Natur waren, — sie könne keine Luft bekommen, ihre Athemwerkzeuge müssten wohl beschädigt sein, — sie habe fressende Schmerzen in den Augenhöhlen, was augenscheinlich von Würmern herrühre, sie habe einmal ein Nasengeschwür gehabt und da sei vermuthlich eine Fliege hineingerathen und dergl. Doch waren solche hypochondrische Klagen nicht anhaltend und wurden

auch nicht fortwährend geäussert. Vielmehr behielten die ängstlichen Affekte und die hieraus sich ableitenden Kleinheits-Ideen immer den Vorrang unter den psychischen Symptomen. — Nach 3 Monaten, während deren die Kranke noch verschiedene Selbstmordversuche unternommen hatte, musste sie auf Betreiben ihrer Mutter entlassen werden, — freilich, um ein Vierteljahr darauf, nachdem inzwischen tobsüchtige Erregung aufgetreten war und sich die Kranke in einem Brunnen hatte ertränken wollen, zum zweiten Male aufgenommen zu werden.

Das Bild hatte sich inzwischen völlig verändert. Statt einem schwer melancholischen begegneten wir jetzt einem nicht minder hohen maniakalischen Affekt. Wir sehen die Kranke, die eine mittelgrosse Figur und kräftigen Knochenbau, aber ziemlich herabgekommene Ernährung zeigt, in sehr selbstzufriedener, gehobener Stimmung. Sie ertheilt Befehle in heftigem, mit ausdrucksvollen Gesten begleitetem Commandotone. Sie ist ungehalten und will Niemand sehen, giebt auch auf Fragen zunächst keine Antwort. Dieser zum Zorn neigende Affekt tritt jedoch bald hinter dem einfachen maniakalischen zurück. Die Kranke lässt zwar in Miene und Haltung immer noch ihre grosse Ueberlegenheit erkennen, ist aber im Uebrigen doch herablassend und leutselig. Die Steigerung des maniakalischen Affektes zur Tobsucht äussert sich hauptsächlich in Absingung von Burschenliedern, namentlich des „Gaudeamus“, wobei die Kranke eine gewisse Bonhommie und launige Renommisterei zur Schau trägt, als sei sie überzeugt, ihrer Umgebung eine grosse Freude damit zu bereiten. Zu schnippischen Antworten und leichtem Schabernack ist die Kranke stets bereit. Als sie photographirt werden soll, nimmt sie absichtlich eine gemachte Haltung mit erhobenem Finger und lächelnd-beschwörender Miene an, um dem Doktor einen kleinen Possen zu spielen. Aber gerade dadurch ist ihr Bild zu einem sehr charakteristischen geworden.

Das Leiden zeigt sich uns hier noch als eine reine Affektkrankheit. Andere Elemente des Irreseins sind nicht vertreten Hallucinationen sind nicht festgestellt worden und auch Wahnideen wurden trotz des langen Bestehens der Affekte weder in der melancholischen, noch in der jetzigen maniakalischen Periode der Krankheit geäussert. Denn die hypochondrischen Klagen, die von der Kranken während der ersten Periode mitunter ausgesprochen wurden, stellten mehr augenblickliche Einfälle vor und konnten als wirkliche, aus dem Affekt geborene Wahnideen nicht betrachtet werden. Diese Umstände gestatten, trotz der schweren erblichen Belastung und der langen Dauer des Leidens, die Prognose noch nicht unbedingt ungünstig, sondern nur zweifelhaft zu stellen. Die Kranke steht jetzt am Scheidewege. Eine kurze Strecke noch, und es muss sich entscheiden, ob der Strom des Affektes noch wieder zurückebben und die Stimmung auf das gesunde Niveau zurücksinken kann oder nicht, oder ob die Hochfluth wichtige Verstandeselemente mit hinweggeschwemmt hat. Wäre das der Fall, so würde der Uebergang in sekundären Schwächezustand unvermeidlich sein.

12. Krankenvorstellung. Zornige Tobsucht. (Taf. 11. Fig. 2.) Der Kranke, ein 60jähriger pensionirter Beamter, gehört schon seit längeren Jahren der Anstalt an. Das Leiden hatte seiner Zeit mit einem melancholischen Vorspiele, dem nach einiger Zeit maniakalische Erregung folgte, begonnen. Seitdem hat sich ein regelmässiger Wechsel zwischen melancholischer und maniakalischer Verstimmung eingestellt, in dem jedoch die letztere durch Dauer und Höhe das Uebergewicht erlangt hat. Steht der Affekt auf dem Höhepunkt, so zeigt er sich in übertriebener Lustigkeit, lautem Singen und Johlen und Grössenideen, die sich von bescheidenen Anfängen allmälig bis zu ungemessener Höhe steigern. Der Kranke ist zuerst „kerngesund“, alsdann „Direktor“, zuletzt „Gott“, wobei jedoch bemerkenswerth ist, dass letztere Bezeichnung offenbar nicht buchstäblich, sondern nur vergleichsweise gemeint ist. Er will damit nur sagen, dass er sich himmlisch wohl fühle und dass er allein zu commandiren habe. Eine Eigenthümlichkeit des unter festen Formen sich vollziehenden Krankheitsverlaufes ist es auch, dass der Uebergang vom melancholischen zum maniakalischen Stadium stets durch eine kurze Periode zorniger Tobsucht führt Der Kranke zeigt jetzt die Merkmale einer solchen, — nämlich Gefässerweiterung, Congestionen nach dem Kopfe, Schwellung der Stirnadern, Injection der Bindehäute, weitgeöffnete rollende Augen. Die Muskulatur ist in Spannung, die Hände sind geballt, der ganze Körper in straffer Haltung. Die Coordination der Muskeln ist gestört, was sich namentlich beim Sprechen auffällig bemerklich macht, — kurz, das Bild ist ganz das eines in heftiger zorniger Erregung Begriffenen.

Der Fall ist veraltet und unheilbar. Noch möge bemerkt werden, dass dies derselbe Kranke ist, dessen Handschriften auf Taf. 1 als Schriftproben während melancholischer Depression einerseits und maniakalischer Exaltation anderseits wiedergegeben sind.

5. Krankenskizze. Einfache Manie. Ein 25jähriges Dienstmädchen wurde der Anstalt aus dem Untersuchungsgefängniss zugeführt. Sie hatte verschiedene Betrügereien verübt, auch kleine Diebstähle ausgeführt, zu dem ausgesprochenen Zwecke, für ihre Ausstattung sorgen zu müssen, da sie sich nächstens verheirathen werde. Ein ernstliches Verhältniss dieser Art hat aber überhaupt nicht bestanden. Schon früher hatte sie ein ungebundenes Leben geführt und ist im vorigen Jahre auch wegen infektiöser Blenorrhöe in Behandlung gewesen.

Die Kranke sieht leidlich gut genährt aus, leidet aber an Bleichsucht; der Hämoglobingehalt ist auf 50 % des normalen gesunken. Sie ist sehr gehobener Stimmung, spricht fortwährend von ihrem Bräutigam und der bevorstehenden Hochzeit Dabei ist sie unruhig, lärmend und zeigt lebhafte Ideenflucht. Ihr Betragen ist in hohem Grade frech und ungezogen, unter Lärmen und Schimpfen

beschuldigt sie die Pflegeschwestern der schlechten Behandlung und dass man ihr nicht genug zu essen gebe. Kurz vor ihrer Aufnahme hatte sie wohl 10—20 Briefe geschrieben, übermüthigen und zum Theil auch frivolen Inhalts, an deren Schlusse ein Verzeichniss aller möglichen Esswaaren und Delikatessen, die sie zu haben wünschte, aufgeführt war. Im Laufe der Zeit, während deren die Kranke immer lauter und roher sich geberdete, traten auch Grössenideen speciellen Inhalts hinzu Sie sei verheirathet, habe 23 Kinder und dergl. Das Essen ist ihr nicht fein genug, sie schleudert das Geschirr mit den Speisen zur Erde oder versucht, es den Schwestern oder anderen Kranken an den Kopf zu werfen. Der Schlaf ist fast andauernd gestört und kann auch durch Darreichung von Sulfonal nicht erzielt werden. Nach einem Vierteljahre hat sich die tobende Unruhe einigermassen gelegt, das Benehmen zeigt sich aber immer noch frech und unanständig. Grössenideen werden nicht mehr geäussert, dagegen tritt das Bestreben hervor, sich mit allerhand Tand und Firlefanz zu schmücken. Jedes Bändchen oder Läppchen, das sie findet, muss ihr zum Schmucke dienen. Die Miene, welche bisher finster und abweisend war, nimmt einen heiteren und koketten Ausdruck an — Mit dieser Abschwächung des ursprünglichen Affektes begann die Rekonvalescenz, die unter der sehr wohlthätigen Einwirkung protrahirter warmer Bäder nunmehr rasche Fortschritte machte. Die Ideenflucht machte allmälig einem geordneten Denken Platz, an Stelle des maniakalischen Affekts traten gelegentlich melancholische Episoden, in denen die Kranke weinte und Selbstvorwürfe äusserte Das Benehmen wurde geordnet, Arbeitslust erwachte, regelmässiger gesunder Schlaf stellte sich zeitweise ein. Als letzter Krankheitsrest wurde nur noch die erst in letzter Zeit aufgetauchte Gewohnheit, allerhand kleine Diebereien an ihrer Umgebung auszuüben, beobachtet. Endlich verschwand auch diese, und völlige Genesung, in der sich die Kranke als eine dankbare, fleissige und geordnete Persönlichkeit erwies, trat ein. Die Dauer des Gesammtleidens hatte 6 Monate betragen.

F. Die sekundären Schwächezustände.

Unter sekundären Schwächezuständen versteht man die Ausgänge unheilbar gebliebener Psychoneurosen, vornehmlich des affektiven Irreseins, also der Melancholie und Manie.

Wir unterscheiden als erstes Stadium die sekundäre Paranoia (sekundäre Verrücktheit), als zweites Stadium den sekundären Blödsinn.

1. Die sekundäre Paranoia (sekundäre Verrücktheit).

Pathogenese. Die affektive Aufregung des melancholischen oder maniakalischen Zustandes beginnt nachzulassen, und äussere Ruhe tritt ein. Das Verhalten wird gesammelter, Hallucinationen greifen anscheinend nicht mehr so störend in das Bewusstsein ein, die Wahnideen werden nicht mehr mit derselben Lebhaftigkeit, wie früher, geäussert. Der Schlaf wird geregelter, die Ernährung nimmt zu.

Dieser Zustand, der mitunter Wochen lang zwischen leichter Besserung und Verschlimmerung hin und her schwankt, kann die Rekonvalescenz einleiten. Hat er diese Bedeutung, so treten allmälig die krankhaften Erscheinungen und die noch verbliebenen Reste derselben mehr und mehr zurück, bis die Genesung offenbar wird.

Im entgegengesetzten Falle aber wird man bald finden, dass mit dem geräuschvollen, das Krankheitsbild in oft so buntem Wechsel belebenden Affekt zugleich auch die Energie der gesammten physischen Thätigkeiten zum grössten Theile verloren gegangen ist. Die Gefühle haben an Lebendigkeit und Fülle eingebüsst, das Gedächtniss ist geschwächt. Die Urtheilskraft, welche früher, obgleich von falschen Voraussetzungen ausgehend, doch korrekt und logisch arbeitete, erscheint nunmehr für die gewöhnlichen Vorkommnisse des Lebens zwar gerade ausreichend, bei jeder etwas tiefer angelegten Combination aber zusammenhangslos und ungenügend. Die Willenskraft ist gesunken und unfähig zu jeder kräftigen Anregung. Selbst die gemüthlichen Interessen, durch welche Gesunde stets lebhaft bewegt werden, sind verblasst und versunken. Daher die Abstumpfung, Gemüthsleere und Interesselosigkeit solcher Kranker. Der gesammte geistige Hintergrund der Persönlichkeit ist ausgelöscht. Diese selbst erscheint uns als eine andere. Sie hat, wenige äusserliche Reminiscenzen ausgenommen, keine Vergangenheit mehr, sondern lebt nur noch in der Gegenwart. Ihr Standpunkt ist verschoben, sie ist „verrückt“.

Nur Etwas hat der Kranke noch, was ihn mit seiner jüngsten Vergangenheit verknüpft, nämlich seine aus dem affektiven Irresein herübergeholte Wahnidee oder vielmehr das ungeordnete Conglomerat von aus dieser Quelle stammenden krankhaften Vorstellungen. Sie bildet jetzt den wahren Hintergrund der Seele, den dauernden Inhalt des Vorstellungslebens. Um sie, als den „ruhenden Pol in der Erscheinungen Flucht“, gruppiren sich die schwachen Reste früherer gesunder Vorstellungen. Aber die Gesammtenergie ist zu tief gesunken, als dass die Wahnideen noch irgend eine nachhaltige Wirkung auf den Willen haben könnten. Höchstens, dass es der Kranke ge-

legentlich zu einem schwächlichen Affektausbruch bringt. Hierdurch unterscheiden sich die Wahnideen der sekundären Verrücktheit wesentlich von denen der primären Paranoia (s. Kap. 14), welchen meist ein treibender und zur That drängender Charakter innewohnt.

Auch äusserlich sind die Kranken vielfach verändert. Durch vorzeitiges Ergrauen, Schwund des subcutanen Fettpolsters, Trockenheit der Haut und Runzeln im Gesicht sehen sie viel älter aus, als sie sind. In diesem Zustande pflegen sie sich jedoch oft sehr lange zu conserviren, sodass man auch oft umgekehrt alten Leuten ihre Jahre nicht ansieht.

Die Physiognomie zeigt stets einen eigenthümlichen Charakter. Die geistige Persönlichkeit, deren Ausdruck sie war, ist verschwunden und eine an gesunden Ideen verarmte und von schwachsinnigen durch fortdauernde Hallucinationen unterstützte Wahnideen gefüllte Seele ist an ihre Stelle getreten. Daher ist der Gesichtsausdruck blöde und gespannt zugleich, der Blick starr, fremd und unheimlich.

Das Gebahren der Kranken ist meist ihren Wahnideen entsprechend. Sie spielen, wenn auch in schwächlicher Weise, ihre Rolle, sie sind hochfahrend, prahlerisch, kindisch, geschwätzig, lustig oder verdrossen, jedenfalls aber immer harmlos.

Verlauf und Dauer. Der Zustand kann viele Jahre unverändert bleiben. Mit der Zeit aber werden die Wahnideen immer schwächer und verschwommener. Die geistige Energie sinkt mehr und mehr, bis der Uebergang in sekundären Blödsinn vollendet ist.

13. und 14. Krankenvorstellung. Sekundäre Paranoia. (Taf. 12. Fig. 1 u. 2.) Die junge Frau mit der freundlich grinsenden Miene ist ein gutes Beispiel für sekundäre Verrücktheit. Die primäre Psychose spielte sich bei ihr vornehmlich in dem Rahmen der Manie mit Grössenideen ab. Jetzt ist die Kranke schon seit Jahren in einen seither ziemlich unverändert gebliebenen geistigen Schwächezustand versunken. Ihre Urtheilskraft ist fast ganz zurückgegangen, die Energie und alle geistigen Interessen sind verloren. Die Kranke thut gar nichts mehr, sie muss gewaschen, gereinigt und angekleidet werden. Sie spricht fast kein vernünftiges Wort, sondern faselt nur noch mit den Resten ihrer früheren Wahnideen. Sie ist „Liberage-Königin“ und hebt ihr Kleid als Schleppe empor. Sie flüstert unaufhörlich vor sich hin und begrüsst Jeden mit der stereotypen Redensart: „Sie Lieber, Theurer! Ich freue mich, Sie wiederzusehen.“ — Die zweite Kranke weist einen entgegengesetzten Typus auf. Der sekundäre Schwächezustand ist hier aus einer Melancholie mit Wahnideen und Hallucinationen hervorgegangen. Jetzt ist Beides sehr verblasst. Die Kranke hört zwar immer noch das Schreien ihrer im Keller geschlachteten Kinder. Aber sie macht sich nicht mehr viel daraus, sie geräth in keinen Affekt dabei, sondern erwähnt es höchstens noch gesprächsweise. Ihre

Intelligenz ist bei Weitem besser erhalten, als bei der soeben geschilderten Kranken. Auch hält sie sich reinlich und arbeitet gern, wenn auch nur in fest bestimmten Grenzen, indem sie alles ausserordentlich an sie Herantretende schroff zurückweist Der Mittelpunkt ihres Denkens ist durch ihre feststehende Redensart: „Ich will nach Haus" bezeichnet, wobei sie ganz vergisst, dass sich während der 20 Jahre, die sie bereits der Anstalt angehört, alle ihre Familien- und häuslichen Verhältnisse von Grund aus umgestaltet haben.

2. Der sekundäre Blödsinn.

Der sekundäre Blödsinn, auch Terminalblödsinn genannt, ist das zweite und letzte Stadium der ungeheilt gebliebenen Psychoneurosen. Mit der sekundären Paranoia verbinden ihn unzählige Zwischenstufen, sodass sich oft kaum unterscheiden lässt, ob man es noch mit letzterer, oder schon mit sekundärem Blödsinn zu thun habe.

Unter sekundärem Blödsinn verstehen wir eine geistige Verkümmerung, welche durch eine bis zur Rindenatrophie fortgeschrittene Ernährungsstörung des Gehirns bedingt ist. Meist ist der Vorgang ein sehr langsamer und chronischer. Doch braucht nicht jedesmal das Stadium der sekundären Paranoia passirt zu werden. Vielmehr kann sich sekundärer Blödsinn auch unmittelbar an schwere Tobsucht anschliessen.

Aehnlich wie bei dem idiotischen Blödsinn unterscheidet man auch hier eine agitirte (erethische) und eine apathische Form.

a) Der agitirte sekundäre Blödsinn. Es bestehen noch Vorstellungen und Strebungen, aber ohne allen geistigen, beziehungsweise logischen Verband. Der Kranke lacht, plappert, gestikulirt sinnlos und zusammenhangslos vor sich hin. Oder lokale Hirnreizungen lösen automatische Bewegungen aus. Solche Kranke schlagen stundenlang mit den Händen taktmässig auf den Tisch oder ihre Knie, oder sie ziehen sich an den Körpern und Haaren oder zerreissen ihre Kleider. Einer unserer Kranken hatte die Gewohnheit, etwa alle 5—10 Minuten plötzlich den rechten Arm in die Höhe zu werfen und dabei einige unarticulirte Laute, und zwar immer dieselben, laut hervorzustossen. Wahnideen mögen hier vielleicht mit im Spiele sein, aber vermuthlich treten sie erst sekundär hinzu. Es ist bekannt, dass bei Hypnotisirten durch die Muskelstellung und die Körperhaltung, die man ihnen giebt, auch die entsprechende Vorstellung in den Geist einzieht. Man faltet ihm die Hände und er glaubt, beten zu müssen, man erhebt seinen Arm in Abwehrstellung und er glaubt, sich vertheidigen zu müssen. Dem ähnlich können sich der central

ausgelösten automatischen Bewegung Wahnideen als unbewusste Erklärungsursache anschliessen. Das Primäre aber bleibt in diesem Verhältniss immer die durch direkte Reizung der motorischen Ganglien gesetzte automatische Bewegung.

Unterscheidende-Diagnose. Der Zustand hat eine gewisse Aehnlichkeit mit dem kindischen Gebahren mancher Maniakalischen. Vor Verwechslung schützt:

α) die Kenntniss des Verlaufes und der Dauer des Leidens. Hier ist Verlauf und Dauer chronisch, dort akut oder wenigstens temporär;

β) die Betrachtung der Physiognomie, die bei Blödsinn immer das Spiegelbild geistiger Leere ist;

γ) die sonstigen Zeichen geistigen Defekts, die unschwer bei der Untersuchung festzustellen sind.

b) Der apathisch-sekundäre Blödsinn bezeichnet die tiefste Stufe des Verfalls. Er kann sich aus dem agitirten Blödsinn entwickeln, aber auch direkt aus schweren affektiven Leiden hervorgehen. Das geistige Leben ist in tiefste Nacht versunken, auch das höhere animale, also Sinneswahrnehmung, Empfindung und Bewegung, sehr tiefstehend. Nur das vegetative Leben pulsirt noch, wenn auch gleichfalls durch central bedingte Respirations- und Cirkulationsstörungen vielfach beeinträchtigt. Die Empfindung kann bis zu tiefer Analgesie gesunken sein. Der Kranke empfindet überhaupt keinen Schmerz mehr. Er kann sich verbrennen, verbrühen, schwere Quetschungen zuziehen, ohne dass er es überhaupt nur merkt, und ohne dass ein Schrei die Umgebung auf den Vorgang aufmerksam macht.

Der Zustand kann jahrelang andauern, bis Marasmus oder eine gelegentliche Lungenentzündung u. dergl. ein Ziel setzt. Aus dem sekundären Blödsinn giebt es nur einen Ausweg, in den Tod. Bei der Sektion findet man meist Rindenatrophie, namentlich des Vorderhirns, daneben auch Ergüsse in die Seitenventrikel und leptomeningitische Trübungen und Verdickungen.

Manche Irrenärzte betrachten auch die sekundäre Paranoia (sek. Verrücktheit) nicht als eine selbstständige Krankheitsform, sondern zählen sie als eine mildere Form dem sekundären Blödsinn zu. Wie mir scheint, nicht ganz mit Recht! Denn wenn allerdings auch geistige Schwäche die Signatur der sekundären Paranoia ist, und sehr viele Uebergangsstufen von ihr zum Blödsinn führen, so unterscheidet sie sich doch von letzterem immerhin dadurch, dass das Bewusstsein nicht leer, sondern mit vielem fremden Inhalte gefüllt ist, und dass,

so schwach auch das Urtheil und so energielos das Handeln beschaffen sein mag, doch eine bestimmte Wahnidee oder wenigstens der Schatten derselben den geistigen Mittelpunkt darstellt. Hierdurch aber nähert sich die sekundäre Paranoia viel mehr der primären Paranoia (s. Kap. 15), als dem sekundären Blödsinn.

15. und 16. Krankenvorstellung. Erethischer und apathischer sekundärer Blödsinn. (Taf. 13. Fig. 1 u. 2.) Das junge Mädchen hat vor Jahren an schmerzlicher Melancholie gelitten und ist durch eine lange Periode chronischer hallucinatorischer Verworrenheit nach und nach zur Stufe des sekundären Blödsinns herabgesunken. Sie zeigt die agitirte oder erethische Form. Die Vorstellungswelt ist noch nicht ganz untergegangen, aber das logische Gefüge, Ideenverbindung, Urtheil und Gedächtniss haben schwere Einbusse erlitten. Die Kranke ist mitunter in ihrer Weise aufgeregt, klatscht mit den Händen u. s. w., aber ihre Willensbethätigungen erfolgen nur schwach und lassen keinen Zusammenhang mit irgend welchen Vorstellungen erkennen. Höchstens sind sie der behagliche Ausdruck unbestimmten physischen Wohlbehagens oder umgekehrt der zornige behinderter Strebungen. Sie ist körperlich sehr zurückgekommen, speichelt viel und leidet häufig an Diarrhoen. Auch muss sie gereinigt, gekämmt und angekleidet werden. Die Miene zeigt neben der geistigen Leere noch Reste der ursprünglichen schmerzlichen Verstimmung. —

Der Mann bietet das Bild apathischen Blödsinns nach Melancholie mit hypochondrischen Wahnideen. Seine Vorstellungswelt scheint ganz versunken zu sein Handlungen und Strebungen sind gleich Null, jede Handreichung muss ihm geleistet werden, nur allein auf seine Bedürfnisse zu achten hat er noch nicht verlernt. Seine jeden seelischen Zuges bare Physiognomie ist glatt und ausdruckslos, wie die des neugeborenen Kindes.

Schlussbemerkung zu C bis F.

Tobsucht, sekundäre Paranoia und sekundärer Wahnsinn kommen nie vor, ohne dass ein affektives Irresein, also entweder Melancholie oder Manie, oder häufiger noch beide, vorangegangen wären.

Man kann deshalb die genannten fünf verschiedenen Formen als ebensoviel Stadien einer einheitlichen, typisch verlaufenden Krankheit betrachten. Man hat diesem typischen Krankheitsbilde den Namen „Vesania typica“ (Kahlbaum) gegeben.

Der Verlauf derselben gestaltet sich dann gewöhnlich so, dass zuerst Melancholie auftritt, die alsdann entweder direkt oder häufiger noch durch ein maniakalisches Stadium in Tobsucht übergeht. Melancholische und maniakalische Zustände wechseln während dieses ersten Stadiums, nämlich bevor Tobsucht eintritt, vielfach ab. Die Tobsucht, die häufig den Charakter hallucinatorischer Verworrenheit trägt,

führt alsdann ebenfalls entweder direkt zum sekundären Blödsinn oder zur sekundären Verrücktheit. Hiermit ist zugleich der Cyclus vollendet.

Während der ersten Stadien, der Melancholie und der Manie, kann der Prozess noch zum Stillstand gelangen und Genesung eintreten, selbst noch, wenn auch seltener, im Stadium der Tobsucht. Die sekundären Schwächezustände dagegen sind absolut unheilbar.

Nach dieser Auffassung sind also Melancholie und Manie, welche hier als selbstständige Irreseinsformen abgehandelt worden sind, vielmehr als Zustandsformen zu betrachten.

Es spricht sehr viel für eine solche Auffassung. Zunächst die Erwägung, dass Tobsucht und die sekundären Schwächezustände in der That von der Grundlage der affektiven Irreseinsformen gar nicht loszulösen sind und ohne dieselben nicht vorkommen, — alsdann aber auch die Erfahrung, dass Melancholie und Manie nicht immer als scharf gesonderte Krankheiten nebeneinander her-, sondern vielfach ineinander übergehen, sich gegenseitig ablösen und sich somit als wahre Zustandsformen zu erkennen geben.

Doch würde man gewiss fehlgehen, wenn man jede Melancholie oder Manie nur als das erste Stadium von Vesania typica ansehen wollte. Denn es giebt z. B. Fälle einfacher Melancholie genug, namentlich solche, die auf konstitutioneller, anämischer, nervöser Grundlage beruhen, welche schon deswegen nicht als Vesania typica aufzufassen sind, weil sie entweder überhaupt keine absolute, sondern nur eine relative Genesung ermöglichen, oder weil sie zu Rückfällen neigen, oder weil sie periodisch auftreten, — kurz einen ganz anderen, nämlich statt eines typischen vielmehr einen atypischen Verlauf zeigen. Von einer Vesania typica darf man nicht eher sprechen, als bis der ganze Verlauf der Krankheit enthüllt, mindestens aber bis nicht das Stadium der Tobsucht erreicht ist.

Vierzehntes Kapitel.

I. Die Psychoneurosen.

(Fortsetzung.)

G. Die Paranoia.

Paranoia (Wahnsinn, Verrücktheit) ist eine nicht affektive, hauptsächlich das Vorstellungsgebiet betreffende und durch das Vorherrschen von Wahnideen sich charakterisirende Psychoneurose.

Man unterscheidet eine primäre und eine sekundäre Paranoia. Die sekundäre Paranoia (sekundäre Verrücktheit) ist, wie

schon gezeigt wurde, ein Ausgangsstadium ungeheilt gebliebenen Affekt-Irreseins und als solches schon besprochen worden (s. Kap. 13, E). Wenn in Folgendem von Paranoia die Rede ist, ist immer die primäre gemeint.

Die Paranoia unterscheidet sich von der Melancholie und Manie hauptsächlich durch das Fehlen des Affekts. Es ist das natürlich nicht so gemeint, als wenn gar keine Stimmungsänderung einträte. Vielmehr richtet sich die Gesammtempfindung immer zugleich nach dem Inhalte der Wahnvorstellung und der Mächtigkeit, mit der sie sich dem Bewusstsein aufdrängt. Auch der Paranoische kann traurig, heiter, zornig sein, ebenso, wie der Gesunde auch, der auf Vorstellungen naturgemäss reagirt, gleichgiltig, ob dieselben objectiv richtig oder irrthümlich sind. Aber krankhafte Affekte mit Hemmung oder Beschleunigung der psychischen Thätigkeiten kommen nicht vor. Durch das Fehlen der affectiven Grundlage unterscheiden sich auch die paranoischen Wahnideen von denen der Melancholie und Manie. Sie sind namentlich niemals, wie diese, Erklärungsversuche des eigenen Zustandes, beziehungsweise der eigenen Gesammtempfindung. Wenn sie gleich jener zur That drängen, so geschieht dies nicht, weil Furcht, Angst oder Uebermuth die treibenden Kräfte sind, sondern lediglich nach dem psychologischen Gesetze, wonach jede Vorstellung Begehren und Handeln gebiert.

Die paranoischen Wahnideen entstehen auf dreifachem Wege, — entweder durch Hallucinationen, oder durch Allegorisirungen peripherer Vorgänge, oder primär ohne nachweisbare Ursache (s. Kap. 2 B).

Der Inhalt der Wahnideen ist natürlich ungemein verschieden, und darnach ergeben sich auch eine grosse Menge verschiedene Formen der Paranoia. Welchem Eintheilungsprincipe man dabei folgt, ist im Ganzen ziemlich gleichgiltig. Am consequentesten und praktisch auch gut brauchbar ist das aus der Pathogenese der Wahnideen hergeleitete Eintheilungsprincip.

Man unterscheidet darnach: 1. die hallucinatorische, 2. die aus primären Wahnideen hervorgegangene, 3. die hypochondrische Paranoia.

1. Die hallucinatorische Paranoia.

Mit dem Ausdruck hallucinatorische Paranoia bezeichnen wir zugleich einen ursächlichen Zusammenhang. Nicht jede Paranoia also, bei der Hallucinationen vorkommen, und dies ist in der That sehr häufig auch in anderen Formen der Fall, sondern nur diejenige, bei welcher die Hallucinationen der Bildung von Wahnideen vorangehen und sie erzeugen, nennen wir hallucinatorische Paranoia. Es ist in älteren Fällen oft sehr schwer, zu bestimmen, ob man eine

hallucinatorische Paranoia in dem eben entwickelten Sinne vor sich hat, oder ob sich die Hallucinationen erst später zu den Wahnideen hinzugesellt haben. Nur die genaue Aufnahme der Anamnese kann hier Aufschluss geben.

In den meisten Fällen gestaltet sich die Pathogenese folgendermassen:

Erstes Stadium. Die Hallucinationen, und zwar die Gehörshallucinationen, denn nur solche kommen hier in Betracht, treten ohne alle psychische Vorboten bei irgend einer Gelegenheit, wo das Gehirn erschöpft und gereizt ist, z. B. in der Rekonvalescenz von einer erschöpfenden Krankheit oder nach sehr anstrengender geistiger Arbeit auf. Der Kranke hört irgend ein Wort oder eine Redensart beschimpfenden oder bedrohenden Inhaltes sich zurufen. Er zweifelt zuerst selbst an der Wirklichkeit des Gehörten, die Erscheinung kehrt aber mit lästiger Aufdringlichkeit immer wieder, bis sich endlich der Intellekt gefangen giebt und die Realität anerkennt. In diesem Stadium erkennt der Kranke die ihm aufgedrungenen Sinneswahrnehmungen noch als etwas Fremdes, er sucht sie abzuschütteln, er will sich nicht um sie kümmern und verheimlicht sie hartnäckig vor Anderen. Er gilt noch für gesund, manche Eigenthümlichkeiten in seinem Benehmen, z. B. Zerstreutheit, Aufhorchen, gewisse Gesten werden für Sonderbarkeiten und Angewohnheiten genommen. — Nach längerem Bestehen der Sinnestäuschung aber fängt dieselbe an, das Urtheil des Kranken über sich und die Aussenwelt eindringender zu fälschen. Es bleibt namentlich nie aus, dass der Kranke sich verfolgt glaubt, er hat geheime Feinde, die ihn bedrohen und verspotten, und er grübelt in seiner Vergangenheit, um den Machinationen und der Ursache derselben auf die Spur zu kommen.

Hiermit ist die Wahnidee fertig, und der Kranke tritt in das zweite Stadium. Die äussere Besonnenheit, bisher schon nur mühsam festgehalten, geht bei irgend einer hinreichenden Gelegenheit körperlicher oder psychischer Natur, oder wenn die Hallucinationen sich einmal besonders aufdringlich geben, verloren. Der Kranke wird sehr aufgeregt, durch Irradiation gesellen sich vielleicht noch Hallucinationen anderer Sinne, besonders häufig des Geruchsinnes, wenigstens zeitweise hinzu, die Wahnidee wird rückhaltslos ausgesprochen, — der Wahnsinn ist offenbar geworden. Gewöhnlich tritt dann wieder Beruhigung ein und die Besonnenheit kehrt zurück, aber die Wahnidee ist „fix“ geworden und lässt sich nicht mehr verdrängen.

Der Grad des Leidens, oder, was dasselbe sagen will, der wahnsinnigen Umstimmung des Bewusstseins, ist sehr verschieden. Ist,

wie dies gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, nur der Gehörsinn befallen, die Hallucination überdies nur eintönigen und einförmigen Inhalts, z. B. dass sie entweder nur in stereotypen Ausdrücken schimpft oder droht, so bleibt immerhin die krankhafte Umwandlung der Persönlichkeit in gewissen Schranken. Erst wenn Hallucinationen mehrerer Sinne sich vereinigen, z. B. des Gehör- und Gefühlsinnes, und somit ein viel grösseres Gebiet des Vorstellungslebens in Mitleidenschaft gezogen wird, nehmen die Wahnideen Besitz von der ganzen Persönlichkeit (s. Kap. 2, B). Der Kranke lebt fortan nur noch in einer ganz wahnhaften Welt und sein Handeln wird nach und nach immer „verrückter“.

Unterscheidende Diagnose. Die hallucinatorische Paranoia darf nicht mit akuter hallucinatorischer Verworrenheit (s. Kap. 11, B) verwechselt werden. Bei letzterer ist der Verlauf viel stürmischer, es hallucinirеn gewöhnlich mehr, als ein Sinn, und Gesichtshallucinationen, welche bei ersterer ganz zu fehlen pflegen, stehen im Vordergrunde. Ferner ist das Bewusstsein viel benommener, die Delirien sind unklar und verschwommen, während die hallucinatorische Paranoia einen systematisirten Wahn darbietet. Die tobsüchtige Erregung bei der akuten hallucinatorischen Verworrenheit ist grösser und pflegt während der ganzen Krankheitsdauer, oder wenigstens während des grösseren Theiles derselben anzuhalten. Endlich wird, wie bei allen akuten Psychosen, die Ernährung in viel grössere Mitleidenschaft gezogen.

Vor Verwechslung mit den Beeinträchtigungsideen der Melancholie schützt das Fehlen des Affekts, alsdann aber auch die Stellung, welche der Kranke selbst den Wahnideen gegenüber einnimmt. Der Melancholiker mit seinem Kleinheitswahn und seiner Selbsterniedrigung glaubt sich mit Recht verfolgt und bestraft, der Paranoiker aber stets mit Unrecht. Erleichtert wird die Unterscheidung noch dadurch, dass bei letzterem sich gewöhnlich noch Selbstüberschätzung und Dünkel dazu gesellen.

2. Die Paranoia aus primären Wahnideen.

Man unterscheidet hier:

a) Die Paranoia aus angeborener Anlage (originäre Verrücktheit). Charakteristisch ist hier die Entwicklung auf dem Boden einer Familienentartung und das gleichzeitige Vorkommen von körperlichen Entartungszeichen an dem erkrankten Individuum. Die paranoische Geistesrichtung beginnt schon in den Kinderjahren sich bemerklich zu machen.

Namentlich zeigen Charakter und Neigungen mehr oder minder auffallende Sonderbarkeiten. Die Kinder sind entweder still, träumerisch, scheu und zurückgezogen, oder laut polternd, jähzornig, thierquälerisch. Im Pubertätsalter oder bald nach dessen Ausgang finden sich dann Wahnideen mit oder ohne Hallucinationen. Dieselben tragen häufig den Charakter des Absonderlichen und Heterogenen an sich, sodass sie ganz aus der geistigen Sphäre des Kranken heraus zu wachsen und mit dessen übrigem Vorstellungsinhalte ausser Zusammenhang zu stehen scheinen. Sehr häufig ist der Wahn, aus einer hochgestellten, einer fürstlichen oder königlichen Familie zu sein. Man glaubt sich zu Hause schlecht behandelt, von fremden Leuten dagegen in auffallender Weise bevorzugt zu sein. Das müsse etwas zu bedeuten haben. Allmälig entspinnt sich, vielleicht durch Hallucinationen unterstützt, hieraus ein ganzer Roman von Einkerkerung, Entführung und schliesslicher Anerkennung. Dazwischen spielen Verfolgungsideen aller Art und stürmische Scenen im Hause mit Klagen und Wuthausbrüchen. — Bei weiblichen Kranken pflegen die Wahnideen zugleich eine erotische Färbung zu tragen.

Körperlich äussert sich die Belastung, ausser in den schon erwähnten Degenerationszeichen, in constitutionellen Neurosen, namentlich in Hysterie. Ausserdem ist Neigung zu Masturbation ein schon früh sich entwickelndes Zeichen krankhafter nervöser Erregung.

Unterscheidende Diagnose. Die originäre Verrücktheit hat grosse Aehnlichkeit mit dem moralischen Irresein, mit dem sie auch die Pathogenese aus organisch belastetem Boden gemein hat. Nach dem ätiologischen Eintheilungsprincip würde sie auch in eine Gruppe mit dieser vereinigt werden müssen. Doch weist sie andererseits das Vorherrschen der dem Krankheitsbilde ihren Stempel vornehmlich aufdrückenden Wahnideen zur Paranoia.

b) Die einfache primäre Paranoia. Ihre wesentliche Grundlage besteht in Wahnideen, die bei scheinbar gesunden Personen, bei denen eine originäre Belastung somatisch nicht nachgewiesen werden kann, ohne Mitwirkung von Hallucinationen primär entstehen (s. Kap. 2, B. 2).

Primäre Wahnideen sind Erzeugnisse unbewusster Gedankenarbeit. Erst als Schlusssatz eines Syllogismus, dessen Vorderglieder im Dunkel liegen, treten sie in die Helle des Bewusstseins. Daher überraschen sie den Kranken anfänglich auch selbst und imponiren ihm als etwas Fremdes, bis sie, mehr und mehr mit dem vorhandenen Vorstellungsschatze verschmelzend, endlich als vollberechtigte, d. h. objectiv be-

gründete Erfahrungen hingenommen werden. Zugleich aber wird es erklärlich, dass die primären Wahnideen als spontane Erzeugnisse einer bestimmten geistigen Individualität dem empirischen Charakter derselben stets conform sind, und dass sie sich demgemäss oft nur als Steigerungen des Temperaments geben, sodass z. B. ein von Haus aus eitler Mensch leicht zu Wahnideen seiner Unwiderstehlichkeit beim weiblichen Geschlecht, oder ein Misstrauischer zum Verfolgungswahn gelangt. Noch eine weitere Eigenschaft der primären Wahnideen, wodurch sie sich zugleich wesentlich von den originären und hallucinatorischen Wahnideen unterscheiden, ist die, dass sie die Bahn des Gewöhnlichen und Menschenmöglichen nicht zu verlassen pflegen und somit blossen Irrthümern täuschend ähnlich sehen. Die Wahnideen der primären einfachen Paranoia gehören nicht immer zu denen, welchen man das Krankhafte schon am Gesicht abliest, sondern sie müssen als solche häufig erst durch die begleitenden Symptome kenntlich gemacht werden.

Er solle Theilhaber der Firma werden, bildet sich ein paranoischer junger Kaufmann ein, der, wie sich später herausstellte, überhaupt keinen Anspruch darauf erheben konnte. Man werde von vornehmen Damen geliebt, man sei ein untergeschobenes Kind hoher Eltern u. s. w. Dies alles kommt im Leben vor und bewegt sich auch durchaus innerhalb möglicher Grenzen, während die Grössenideen des Paralytikers, der Berge von Gold und Edelsteinen besitzt, der die Welt glücklich machen will und Gott selbst ist, überhaupt mit irdischen Maassen nicht gemessen werden können. Hauptsächlich allerdings gilt das Gesagte aber nur von der Paranoia aus primären Wahnideen. Bei der hallucinatorischen und der noch zu besprechenden hypochondrischen Paranoia gewinnen die Wahnideen vielmehr oft bald einen excessiven, auch dem Laien sofort als krankhaft sich darstellenden Charakter. Man wird von fern her elektrisirt, man beherbergt Schlangen im Leibe, man hat keine Eingeweide mehr. Oder man steht mit dem Himmel in direktem Rapport, man kann das Wetter machen und dem Zuge der Wolken befehlen. Dass hierbei trotzdem die wahnhafte Umwandlung der Persönlichkeit immer noch in gewissen Schranken bleibt und dass erst mit der Vereinigung mehrerer Sinne zu Hallucinationen das gesammte Seelenleben „verrückt“ wird, haben wir schon gesehen. Aehnliches tritt auch ein, wenn Sensationsanomalien in mehreren Nervengebieten zugleich sich einstellen. In beiden Fällen kann sich ein fast unentwirrbarer Knäuel wahnhafter Vorstellungen ausbilden und das Irrereden so in den Vordergrund treten, dass der Zustand mit der sekundären Paranoia Aehnlichkeit gewinnt. Von dieser aber unterscheidet er sich

sowohl durch seine Pathogenese, als auch dadurch, dass sonstige geistige Schwächesymptome nicht vorhanden sind.

Die primäre Paranoia geht stets mit gehobenem Selbstgefühl einher. Dasselbe tritt häufig schon in dem Inhalte der Wahnideen, sofern es Grössenideen sind, zu Tage. Ohne Ausnahme aber zeigt es sich bei allen Kranken darin, dass sie Vorgängen in der Aussenwelt und in ihrem Verkehr mit den Menschen eine ganz besondere auf sie gemünzte Bedeutung beilegen. Es hat etwas für ihn zu bedeuten, dass die Katze vorbeilief, gerade als er zum Hause heraustrat, — der Hahn des Nachbars kräht alle Morgen, um ihn zu ärgern, — der Wegweiser, der seinen gesenkten Arm nach den Boden richtet, zeigt ihm an, dass dort etwas für ihn Bedeutungsvolles liegen könne, — man huste hinter ihm her, um ihn zu ärgern u. s. w. Diese Beziehung alltäglicher Vorkommnisse auf die Person des Kranken, die übrigens mit anerzogenem Aberglauben gar Nichts zu thun hat, ist nicht nur oft das erste Zeichen der beginnenden Erkrankung, sondern auch der treueste Begleiter derselben in ihrem ferneren Verlaufe.

Von den Grössenideen der einfachen Manie unterscheiden sich die des Paranoikers hauptsächlich durch ihre Beharrlichkeit und Systematisirung. Der Maniakus wechselt in Folge der ihn beherrschenden Ideenflucht viel rascher. Er ist an einem Vormittage hintereinander bald Kraftmensch, bald Millionär, bald hohe Standesperson. Der Paranoiker dagegen bleibt, was er seinen Wahnideen nach darstellt, unverändert sein Leben lang. Er begründet seine Ideen logisch und bringt sie in ein geordnetes System. Von ihm kann man sagen: „Ist es schon Wahnsinn, hat es doch Methode.“ Auch der Paranoiker kann in seinen Reden stereotyp werden, aber nicht aus Gedankenarmuth, sondern weil ihn die Wahnidee ganz beherrscht und sich stets in den Vordergrund seines Bewusstseins drängt. Viele Jahre lang, d. h. bis zu seinem Tode, redete mich ein Paranoiker, der in gesunden Tagen Kaufmann gewesen war, alle Morgen bei der Visite mit den stets gleichen Worten an: „Die Königin von England hat zehntausend Thaler für meine Entlassung angeschafft, zehntausend Thaler hat die Königin von England für meine Entlassung angeschafft, ich habe das grosse Bürgerrecht, ich bin Chef.“ Seine Intelligenz war anscheinend wenig getrübt, er war ein scharfer Beobachter und noch schärferer Kritiker. Andere, wohl die Meisten, halten mit ihren Ideen mehr zurück und äussern sie nur, wenn sie darauf angeredet werden oder wenn sie sich in gereizter Stimmung befinden.

Je nach dem Stimmungscharakter der Wahnideen kann man zwei Hauptgruppen unterscheiden, nämlich primäre Paranoia mit Verfolgungsideen und solche mit Ideen geförderter Interessen.



Fig. 1.
Sekundäre Paranoia
(Verrücktheit).



Fig. 2.
Sekundäre Paranoia
(Verrücktheit).



Fig. 1.
Sekundärer apathischer Blödsinn.



Fig. 2.
Sekundärer erethischer Blödsinn.

α) Die primäre Paranoia mit Verfolgungsideen (Verfolgungswahnsinn) gewährt ein sehr typisches Bild. Die näheren Umstände der Pathogenese sind natürlich individuell unendlich verschieden. Sehr oft wird sie etwa nach folgendem Schema verlaufen:

Ein schon zu Misstrauen und persönlichen Umdeutungen geneigter Mann begegnet des Morgens vor seinem Hause einem Schutzmann, der ihn ansieht, wie er meint, scharf fixirt. Das habe etwas zu bedeuten, denkt er. Eine halbe Stunde darauf sieht er, wie derselbe Schutzmann mit einem Kameraden an einer Ecke steht und angelegentlich mit diesem spricht. Er zweifelt schon nicht mehr daran, dass dies mit Bezug auf ihn geschehe, um so mehr, da beide nach ihm hingeschielt hätten. Aber beim Nachhausegehen, während dessen er überdies in verdächtiger Weise hinter sich her flüstern gehört hatte, begegnet er wieder einen Schutzmann auf der einsamen Strasse, und nun ist es für ihn eine ausgemachte Sache, dass er beobachtet wird. Hiermit ist die Wahnidee fertig. Dieselbe entwickelt sich nun in logischer Weise unter Zuhilfenahme weiterer Umdeutungen. Was habe das zu bedeuten? Er sei sich doch keines Vergehens bewusst. Es müsse also etwas Anderes dahinter stecken. Wahrscheinlich, ja jedenfalls, bedeute er selbst mehr, als es den Anschein habe. Er sei gewiss von hoher Geburt, sei Prinz, heimlicher Kronprätendent. Nicht umsonst habe man auch neulich beim Stammtisch das Gespräch auf dieses Thema gebracht. Aber selbstverständlich lege man ihm Hindernisse in den Weg. Durch geheime Machinationen seiner Feinde solle er an der Thronbesteigung verhindert und womöglich verrückt gemacht werden.

Im Verlaufe des Leidens gesellen sich noch Hallucinationen dazu, die einerseits von dem Wahn Inhalt und Farbe erlangen, andererseits denselben unterstützen. Nicht selten sind dieselben ursprünglich ebenfalls Umdeutungen von Gehörswahrnehmungen, z. B. von Vogelzwitschern, Glockenläuten, Windesrauschen, im Sinne der vorherrschenden Wahnidee.

Noch später, nachdem Jahre verstrichen sind, treten die Verfolgungsideen mehr und mehr in den Hintergrund, und nur die Grössenideen bleiben. Der Kranke freut sich, dass er Kaiser, König oder Papst ist und lebt in harmlos-schwachsinniger Weise weiter. Man nennt diesen scheinbaren Umschlag von Verfolgungs- zu Grössenideen (der aber im Grunde keiner ist, da beide Typen schon von Anfang an bestanden haben) auch Transformation des Wahnes. Ein im späteren Verlaufe nicht selten eintretender und die wahnhafte Umwandlung der Persönlichkeit kennzeichnender Wahn ist der Verwandlungswahn (Delirium metabolicum), wo die Kranken Alles

um sich herum verwandelt glauben, die Personen, die Umgebung seien andere u. s. w.

Der Querulantenwahnsinn ist eine häufig vorkommende Abart des primären paranoischen Verfolgungswahnes. Der Unterschied besteht darin, dass nicht umgedeutete, sondern wirkliche Thatsachen den Inhalt der Wahnideen bilden. Ein verlorener Process, der oft schon aus dem Grunde, weil man sich krankhafter Weise für benachtheiligt hielt, angestrengt wurde, pflegt die äussere Veranlassung zu sein. Der Kranke durchläuft alle Instanzen, macht Eingaben über Eingaben, die sich anfänglich zwar noch in den Grenzen der Besonnenheit halten, auch scharfsinnig abgefasst sein können, später aber, weil dem Kranken sein vermeintliches Recht nicht wird, einen offensiven und beleidigenden Charakter annehmen. Die Behörden werden geschmäht und Majestätsbeleidigungen ausgestossen.

Unterscheidende Diagnose. Von dem melancholischen Verfolgungswahn unterscheidet sich der primäre paranoische, ebenso wie der hallucinatorische, durch das Fehlen des Affektes und durch gehobenes Selbstgefühl, — von letzterem dadurch, dass Hallucinationen nicht die Ursache bilden, sondern nur unterstützend hinzutreten.

β) Die primäre Paranoia mit Wahnideen geförderter Interessen. Sie umfasst wiederum zwei Haupttypen, die religiöse und die erotische Paranoia.

Bei der religiösen Paranoia glauben die Kranken in direktem Rapport mit dem Himmel zu stehen. Sie sind berufen, die Menschheit zu erlösen durch Lehre und Wandel, selbst durch den eigenen Opfertod, — sie sind Heiland, Messias, Mutter Gottes u. s. w. Dem hohen Flug der Gedanken und Gefühle ist auch die äussere Haltung der Kranken meist angemessen. Sie verharren lautlos in stiller Extase, mit verzücktem Gesicht nach Oben blickend oder ergehen sich laut in pathetischen Reden und Geberden. Nicht selten geht diese Form aus Verfolgungsideen hervor. Der Verfolgte und Verachtete hat einen siegreichen Kampf gegen Uebelwollen und Unterdrückung, gegen schändliche Machinationen und böse Dämonen gekämpft, er ist Sieger geblieben und endlich herrlich erhöht worden. Nur mitunter treten noch finstere Schatten an das herrliche Bild und drücken die gehobene Stimmung herab, bis erneute Erscheinungen und göttliche Kundgebungen die frohe Zuversicht wiedergeben. Denn gerade hier treten zu den primär-paranoischen Wahnideen häufig noch hallucinatorische unterstützend und ergänzend hinzu, wie wir schon gesehen haben.

Bei der erotischen Paranoia ist das Wesentliche der Wahn, von einer Person des anderen Geschlechts, und zwar regelmässig von einer social höher stehenden, geliebt zu werden.

Auch bei diesen Typen spielen Umdeutungen äusserer Thatsachen eine grosse Rolle. Die religiös Verzückte glaubt Gott selbst in den Wolkenformationen zu erblicken, oder in den Worten des Predigers eine besondere Anerkennung ihrer Tugend zu finden. Die zu erotischer Paranoia Veranlagte sieht in irgend einem Zeitungsinserat, z. B. einem Heirathsgesuch, direkte Beziehungen zu ihrer eigenen Person u. s. w. Oder sie glaubt in den Mienen der vorübergehenden Männer, auch wenn sie ihr ganz unbekannt sind, den Ausdruck der Liebe und Bewunderung zu erblicken. In den müssigen Phantasiespielen junger, anscheinend noch ganz gesunder Mädchen, die selbst Zeitungsanzeigen erlassen oder nicht ernsthaft gemeinte Stelldicheins anonym verabreden, um sich dann der Enttäuschung ihres Opfers heimlich zu freuen, ist oft schon der erste Anfang der erotischen Paranoia zu erblicken. — Aehnlich äussert sich das Leiden bei jungen Männern. Sie halten sich dem weiblichen Geschlechte gegenüber für unwiderstehlich, bilden sich ein, von einer bestimmten Dame geliebt zu sein, indem sie Begegnungen oder sonstige Zufälle in diesem Sinne deuten, und machen sich alsdann durch ganz unmotivirte Heirathsanträge lächerlich.

Religiöse Paranoia tritt, namentlich beim weiblichen Geschlecht, häufig in Vereinigung mit erotischer auf. Der Wahn, Braut Christi zu sein, bietet eine solche Mischung religiös-ekstatischer Ideen und erotischer Gefühle dar.

Unterscheidende Diagnose. Auch diese Formen können mit Manie verwechselt werden. Doch ist bei letzterer, wie schon gesagt, die Ideenflucht und der rasche Abfluss der geistigen Thätigkeiten überhaupt auf die Dauer nicht zu verkennen, während die Paranoia gerade umgekehrt durch Beharren auf dem einmal eingenommenen wahnsinnigen Standpunkte sich auszeichnet. Auch fehlt bei letzterer der der Manie eigenthümliche motorische Drang.

Auch ist immer festzuhalten, dass bei der Manie die Wahnidee aus dem Affekt geboren wird, während bei der Paranoia der wahnhafte Affekt dem inneren Schauen, d. h. der Wahnidee folgt.

3. Die hypochondrische Paranoia.

Die Wahnideen der hypochondrischen Paranoia haben Zustände des eigenen Körpers zum Inhalte und entstehen aus Allegorisirungen krankhafter lokaler Empfindungen, am häufigsten der Haut und der Eingeweide, aber auch der Muskeln und des von dem Muskelgefühl abhängigen Gemeingefühles. Dagegen fehlen die für die übrigen Formen der Paranoia charakteristischen Gehörshallucinationen, während

Geruchs- und Geschmackstäuschungen, welche ebenfalls zu Wahnideen verwerthet werden, eine nicht seltene Erscheinung darstellen.

Namentlich spielen Anästhesien und Parästhesien eine grosse Rolle. Erstere können die Wahnidee des Fehlens eines Körpertheiles erzeugen, ein Wahn, der besonders häufig auf das Gebiet der Eingeweidenerven Bezug hat. Solche Kranke glauben, sie haben keinen Magen, keine Lungen mehr, sie seien ohne Knochen, nur noch ein Hautlappen u. s. w. Bei Parästhesien tritt die Allegorisirung noch deutlicher hervor, wobei man die allmälige Entstehung der Wahnidee oft deutlich verfolgen kann. Einer Kranken verursacht z. B. chronische Anschwellung der Uvula ein lästiges Gefühl des Druckes, welches sie durch fortgesetztes Schlucken zu bekämpfen sucht. Es kommt ihr so vor, als wenn dort ein Kirschkern stecke. Die Gefühlstäuschung wird nun aufdringlicher und schliesslich glaubt die Kranke fest daran, selbst nachdem die Anschwellung der Uvula längst beseitigt ist. Die peristaltischen Darmbewegungen drängen sich abnormer Weise dem Bewusstsein auf, der Kranke hat das Gefühl, als wenn ihm etwas im Leibe herumkröche, schliesslich glaubt er wirklich, er beherberge Schlangen u. s. w.

Zu diesen rein hypochondrischen Wahnideen können noch Verfolgungsideen hinzutreten. Dergleichen Dinge, so schliesst der Kranke weiter, kämen natürlich nicht von selbst, sondern seien durch feindliche Machinationen der Umgebung, z. B. durch den Arzt, der so etwas „heran operiren“ könne, besorgt. Die Erkenntniss solcher Schandthat bewirkt alsdann wieder zornige Affektausbrüche.

Unterscheidende Diagnose. Von der hypochondrischen Melancholie unterscheidet sich die gleichnamige Paranoia dadurch, dass die Wahnideen nicht aus einem krankhaften Affekt entstanden und somit nicht als Erklärungsversuche eines solchen anzusehen sind, sondern ihren Ursprung unmittelbar aus peripheren Empfindungen herleiten. Auch ist bei ersterer mehr der ganze Körper Gegenstand der hypochondrischen Wahnvorstellung („der ganze Körper ist siech, das Blut ist vergiftet, man ist unheilbar syphilitisch“), während hier die krankhafte Vorstellung zunächst immer an einem bestimmten Körpertheile haftet. — Einen weiteren Unterschied bedingt auch hier die Stellung, welche der Kranke selbst den Wahnideen gegenüber einnimmt. Der hypochondrische Melancholiker nimmt die vermeintliche Schickung als eine gerechte Strafe für seine Sünden hin, der hypochondrische Paranoiker aber lehnt sich dagegen auf und verbindet Beschuldigungen gegen seine Feinde damit.

Beide Formen sind daher grundverschieden. Deshalb wäre es auch ein Irrthum, zu glauben, dass die hypochondrische Paranoia sich

aus der hypochondrischen Melancholie entwickeln könne, was vielmehr niemals der Fall ist.

Die verschiedenen Formen der Paranoia, die in der vorhergegangenen Schilderung logisch auseinander gehalten wurden, gehen in Wirklichkeit vielfach ineinander über und verbinden sich in mannigfaltiger Weise. Namentlich tritt die Paranoia aus primären Wahnideen häufig mit der hallucinatorischen, diese mit der hypochondrischen, letztere wieder mit dem Verfolgungswahn u. s. w. vereint auf. Zieht man ausserdem noch die Verschiedenheit der Persönlichkeit, der Bildung, der Abstammung, des Berufes, kurz aller äusseren und inneren Umstände in Betracht, so wird man auch die grosse Mannigfaltigkeit in Form, Farbe und Inhalt der Paranoia begreiflich finden. Der schmerzlich-melancholische Affekt einer vornehmen Dame wird sich weder seinem Inhalte, noch seiner Form nach wesentlich von dem einer einfachen Magd unterscheiden. — Demselben Wahn, derselben Haltung und Miene, demselben körperlichen Verfalle begegnen wir bei Beiden. Anders bei der Paranoia. Hier gleicht kaum ein Fall dem andern, und selbst solche, die pathogenetisch und inhaltlich zusammengehören, zeigen ein ganz verschiedenes Gesicht und individuelles Gepräge. Trotzdem haben sich auch hier gewisse Wahntypen herausgebildet, die immer wiederzukehren pflegen.

Von dem typischen Verfolgungswahn, dem Querulantenwahne, dem religiösen und erotischen Wahne haben wir schon gesprochen. Andere Typen sind: Der in Sensationsanomalien der Haut begründete Wahn, von fern her elektrisirt oder mit Nadeln gestochen zu werden. Man könnte ihn auch den Fernwirkungs-Wahn nennen. Hierher gehört auch der Wahn, durch telephonische Dräthe belästigt zu werden. Die der Belästigung beschuldigten Personen werden je nach Temperament und Bildung verschieden benannt. Ist der Kranke von Haus aus gereizter und misstrauischer Natur, so beschuldigt er gern Personen aus seiner Umgebung, die Pfleger oder den Arzt, der bestochen sei oder dessen Pflicht es doch wenigstens wäre, solchem Unfuge zu steuern. Andere, freundlicher gestimmte und mit ihrer Umgebung harmonirende Kranke beschuldigen Unbekannte oder geheime Gesellschaften, wie Jesuiten und Freimaurer, oder die Juden.

Ferner ist zu nennen der Wahn der inneren Stimme. Er wird durch krankhafte Gefühle im Muskelgebiete des Articulationsapparates, die von den im Verlaufe der Acusticus-Fasern ausgelösten eigentlichen Gehörshallucinationen wohl zu unterscheiden sind, hervorgebracht. Im Mittelalter fand diese Form ihren Ausdruck im Besessenseinswahne. Böse tückische Dämonen, wohl gar der Teufel selbst, hatten vom Körper Besitz genommen, um von da aus

die unsterbliche Seele zu verderben. In finsteren Gegenden und in finsteren Köpfen, wo der Aberglaube herrscht, kommt der Besessenseinswahn auch heute noch vor.

Damit verwandt ist der Wahn, Thiere oder fremde Körper zu beherbergen, ein der hypochondrischen Paranoia eigenthümlicher Wahn. Der Ursprung aus krankhaften Empfindungen der Eingeweide pflegt hier meist auf der Oberfläche zu liegen. Merkwürdig ist dabei immerhin die tiefe Verkehrung des Urtheiles bei sonst noch ganz verstandeskräftigen Kranken. Sie sind fest davon überzeugt, Schlangen oder Frösche oder Vögel zu beherbergen, obgleich sie die natürliche Unmöglichkeit ganz gut einsehen und solche Fälle auch bei anderen Menschen für undenkbar halten. Mit so unmittelbarer Gewalt aber zwingt sich hier die allegorisierende Gefühlsumdeutung dem Bewusstsein auf, dass jeder Zweifel verstummen muss. „Ich sehe ganz gut ein,“ sagte mir ein kranker Bauer, der sich einbildete, eine Kuh im Leibe zu haben, „dass das nicht sein kann, aber es ist doch so.“

Eine häufige und dabei nichts weniger, als harmlose Form, ist der Geschlechtswahn weiblicher Kranker. Er entsteht aus krankhaften Gefühlen, beziehungsweise örtlichen Reizgefühlen der Genitalsphäre und kann in doppelter Weise, nämlich mit Lust- und Unlustgefühlen gepaart, auftreten. In beiden Fällen glauben die Kranken, des Nachts mit Männern geschlechtlich zu verkehren Während sie aber im ersteren Falle Freude und Befriedigung davon haben, empfinden sie im anderen viel häufigeren Falle Unlust und Missbehagen. Alsbald gesellen sich auch Verfolgungsideen hinzu, der Vorgang erscheint ihnen als eine schwere Beleidigung und als eine mit allerhand Künsten herbeigeführte unverzeihliche Nöthigung, gegen die sie Schutz und Hilfe nachsuchen.

Störungen auf dem Gebiete des Handelns. Da bei der Paranoia Wahnideen so stark im Vordergrunde stehen, die Intelligenz jedoch, wie überhaupt die geistige Energie, nicht wesentlich gestört zu sein pflegt, so ist es nicht auffallend, dass durch erstere vielfach die Handlungen des Paranoikers beeinflusst werden. Das Verhältniss ist hier gerade umgekehrt, wie bei der einen Schwächezustand darstellenden sekundären Paranoia (s. Kap. 13), welche die Handlungen fast gar nicht beeinflusst.

Eine auffallende Erscheinung bei manchen Kranken ist die Paraphrasirung und Neubildung von Wörtern. Sie kommt sowohl bei der hallucinatorischen, wie bei der einfachen Paranoia vor. Auch ist sie, wie die primären Wahnideen, offenbar Resultat un-

bewusster Gedankenfabrik, scheint aber auf eine stärkere Lockerung des geistigen Mechanismus zu deuten, wie jene, und in der That wird sie auch nur in vorgerückten Stadien der Krankheit beobachtet. Mitunter giebt der Kranke noch selbst Aufschluss über die Bedeutung des Wortes, z. B.: „holy hingse“ = heilige Messe, — meist sind sie aber überhaupt nicht zu entziffern, z. B. „ein siebenmal geschruppter Bohnenkönig“ u. s. w. Dasselbe zeigt sich in der Schrift, die voll ist von Paraphrasirungen, Chiffern und Siegeln (s. Kap. 7).

Sind die Handlungen direkte Folgen von Hallucinationen, so haben sie oft etwas Abruptes, Plötzliches, Gewaltthätiges. Besonders ist dies bei den sogenannten imperativen Hallucinationen der Fall. Der Kranke verletzt Jemanden aus seiner Umgebung, weil eine Stimme ihm dies befiehlt, er springt zum Fenster hinaus, weil Gott ihn ruft u. s. w. Auch Unterlassungen, z. B., dass der Kranke sich nicht bewegt, weil sonst die Welt einstürzen müsse, oder nicht spricht u. s. w., sind meist die Folgen von Hallucinationen, ebenso wie gewisse sonderbare Geberden, die viele Kranke darbieten.

Die als direkte Folgen der Wahnideen auftretenden Handlungen unterscheiden sich von den durch Hallucinationen veranlassten hauptsächlich durch ihren planmässigen Charakter. Ein Mordversuch, ein Fluchtversuch ist oft lange vorher vorbedacht und wird mit allem Raffinement in Scene gesetzt. Paranoiker gehören deshalb zu den gemeingefährlichsten Kranken.

Intelligenzschwäche gehört an sich nicht zum Bilde der primären Paranoia. Doch paart sie sich nicht selten damit. Ein häufiger aus solcher Verbindung hervorgehender Typus ist der des Erfinders. Der Kranke hat eine Maschine erfunden zur rascheren Weiterbeförderung von Schiffen oder er entwickelt eine Idee, wie man bei Bränden vor Lebensgefahr geschützt werden könne, indem man alle Häuser einer Strasse inwendig durch Thüren verbindet. Er spricht und denkt dabei logisch ganz richtig. Die Intelligenzschwäche zeigt sich aber darin, dass er solche auf den ersten Blick als kindisch oder unausführbar zu erkennende Ideen überhaupt ernsthaft nimmt. Diese paranoischen Erfinder sind übrigens nicht mit den paralytischen zu verwechseln (s. Kap. 19). Den Erfindungen der letzteren haftet, ausser noch grösserem Mangel an Kritik, auch noch der Charakter absurder Grössenideen an. Der Paranoiker begnügt sich damit, eine neue Lokomotive zu erfinden, der Paralytiker aber baut eine Eisenbahn nach dem Monde und zeigt uns am andern Morgen die Zeichnung davon.

Ein zweiter Typus von mit Intelligenzschwäche gepaarter Paranoia ist die Narrheit (Moria). Sie ist sofort am äussern Verhalten zu

erkennen. Der Kranke gefällt sich in kindischem Gebahren, macht lächerliche Faxen, schneidet Gesichter, schwatzt absichtlich Unsinn, spielt den Komiker. Immer steht hier die Intelligenz sehr tief. Man findet diesen Typus deshalb auch noch in den psychischen Schwächezuständen, z. B. der sekundären Paranoia.

Begleitende körperliche Symptome. Paranoiker gehören im Allgemeinen zu den körperlich gesündesten Irren. Doch kommen auch hier mannigfache Abweichungen vor, vornehmlich im Nerven-Muskelsystem. Vor allem sind kataleptische Starre, Contractur der Flexoren, klonische Krämpfe mannigfacher Art zu nennen, — ferner Muskelzittern, erschwerte Articulation u. s. w. Jedoch sind alle diese und ähnliche Symptome nur als zufällige Complikationen anzusehen und gehören nicht zum Krankheitsbilde, mit Ausnahme allein der Anästhesieen und Parästhesieen bei der hypochondrischen Form.

Der Verlauf der Paranoia ist fast immer ein chronischer. Wirkliche Heilung tritt sehr selten ein, am ersten noch bei der hallucinatorischen Paranoia, wenn die Hallucinationen rückgängig werden, womit die Möglichkeit gegeben ist, dass auch die an dieselben sich anknüpfenden Wahnideen schwinden. Doch kommen ziemlich häufig Remissionen vor, namentlich in der einfachen primären Paranoia, die den Kranken, so lange er im Stande ist, seine Wahnideen zu verbergen und eine äusserlich besonnene Haltung zu bewahren, wieder gesellschafts- und geschäftsfähig erscheinen lassen.

Mit dem Ausdrucke „partielle Verrücktheit“ bezeichnete man früher wohl die Fälle von Paranoia, bei denen nur ein bestimmter Bezirk des Vorstellungslebens erkrankt schien, und wo die Kranken mit ihren fixen Ideen, so zu sagen, nur nach einer Richtung hin delirirten. Der Ausdruck war nicht schlecht gewählt und verdiente, wieder eingeführt zu werden. Nur müsste man sich dabei stets vergegenwärtigen, dass, wenn sich auch die auffälligsten Erscheinungen, nämlich Wahnideen und Irrereden, anscheinend nur um einen bestimmten Punkt gruppiren, doch zugleich auch das ganze übrige Gebiet in einen gewissen Grad der Mitleidenschaft gezogen und deshalb nicht schlechtweg als gesund zu betrachten ist.

Die englische und französische Psychiatrie bedient sich zur Bezeichnung gewisser fixer Ideen und nach einer bestimmten Richtung hin thätigen krankhaften Strebungen noch häufig des Ausdruckes „Monomanie“. Auch in der deutschen Wissenschaft hatte er früher Geltung. Man sprach von „Mordmonomanie“, „Kleptomanie“ u. dergl. Auch heute noch sind Ausdrücke, wie Erotomanie, Nymphomanie, Mania persecutoria u. s. w. gebräuchlich. Sie sollten aber als irreführend verlassen werden. Denn unter Manie haben wir nicht irgend

welche paranoische Idee und Strebung, sondern ganz allein den Affekt der krankhaft gehobenen Stimmung zu verstehen.

Früher waren nebst den Tobsüchtigen hauptsächlich die Paranoiker die Träger irrenhäuslicher Romantik. Nicht selten begegnete man in den Anstalten Wahnsinnigen und Verrückten, die, weil man ihre Wahnideen zum Gegenstande fortwährender Besprechung machte, nie zur Ruhe kamen, sich mit ihren fixen Ideen, von denen sie bald merkten, dass sie Andern interessant erschienen, vordrängten und, förmlich ihre Rolle spielten. Diesen in allen Ecken und Korridoren meist arbeitslos herumstehenden oder sitzenden, mit nichts Anderem, als ihren „Ideen“ beschäftigten Kaisern, Königen, Madonnen, Erfindern und Märtyrern las man alsbald ihren Wahn vom Gesichte ab. Heute, wo die psychische Behandlung es als ihre Hauptaufgabe ansieht, die Wahnidee einzudämmen und den Kranken durch Arbeit abzulenken, tritt sie auch von der Oberfläche mehr zurück und ist nicht mehr so ohne Weiteres aus der Physiognomie zu entnehmen. Nur da, wo ein Affekt die Seele vorübergehend entflammt, oder wo Hallucinationen sich hervordrängen, gewinnen die Züge einen charakteristischen Ausdruck.

17. Krankenvorstellung. Paranoia aus primären Wahnideen. Typischer Verfolgungswahn. (Taf. 14, Fig. 1.) Der Kranke, ein Beamter, wurde vor 5 Jahren wegen Geisteskrankheit entmündigt und pensionirt. Bisher hatte er sich stets als ein tüchtiger und zuverlässiger Beamter bewährt, aber sich doch schon seit einiger Zeit durch höchst auffallende Reden und Handlungen bemerklich gemacht. So beschuldigte er seine Collegen und Vorgesetzten ohne allen Grund der Unterschlagung, der Verleitung zu Unterschlagungen und selbst körperlicher Misshandlungen. Auch äusserte er Vergiftungswahnideen.

Der Kranke zeigt sich als ein kräftig gebauter, körperlich gesunder Mann Sein Aussehen, dem Alter von jetzt 43 Jahren entsprechend, ist etwas bleich. Die Augen zeigen einen lauernden, spähenden, misstrauischen Ausdruck. Haltung und Miene zeigen etwas Selbstbewusstes und Ueberlegenes. Ueber sein körperliches Befinden befragt, giebt er an, mitunter an Kopfschmerz, Druck im Kopfe und einem allgemeinen unbehaglichen Gefühl im ganzen Körper zu leiden. Aber, so fügt er hinzu, das sei ihm angethan worden. Er glaube, er sei vergiftet. Denn er habe viele Neider und Feinde unter seinen Collegen und Vorgesetzten. Dieselben hätten ihn schon öfter zu Unterschlagungen verleiten wollen, zwar nicht mit direkten Aufforderungen, aber doch durch versteckte Anspielungen und hingeworfene Worte, wie er recht gut gemerkt habe. Auch hätten sie ihm, vermuthlich, weil er nicht darauf eingegangen, schon complottmässig nachgestellt. Namentlich hätten sie ihn einmal bei seiner Nachhausekunft auf der Treppe seines Hauses überfallen und ihm die Hand mit einem Messer blutig geschlagen. Die von diesem

angeblichen Attentate herrührende Narbe zeigt der Kranke noch vor. Nachdem ihm vorgehalten, dass aktenmässig festgestellt sei, er habe diese Verwundung bei einem Streite mit seiner Frau dadurch erhalten, dass er sich selbst an einer Topfscherbe verletzt habe, wobei er sehr aufgeregt und wie geistesabwesend gewesen sei, — leugnet er doch diese ganze Art der Entstehung und bleibt dabei, dass er von seinen Collegen und einem Vorgesetzten, die er namentlich benennt, überfallen worden sei. Zwar habe er Niemand von seinen Angreifern wirklich gesehen, aber er habe es gefühlt und wisse ganz genau, dass sie es gewesen seien. Seine Frau stecke mit den Uebelthätern unter einer Decke Er wisse zwar nicht, warum, da er immer gut mit ihr gelebt habe, aber er fühle es ganz genau. Auch habe sie ihn schon einmal mit Kaffee vergiften wollen. Auch sein Vorgesetzter habe ihm schon einmal mit Gift nachgestellt. Er gebe zu, dass dies Alles sehr unwahrscheinlich sei und wisse auch keinen Grund dafür, aber es sei nun einmal so. Der Kranke befindet sich nicht dauernd in der Anstalt. Er hält sich im Allgemeinen gut draussen und ist jetzt nur wieder auf einige Zeit zu seiner Beruhigung hier, da es aus Veranlassung seiner Wahnideen einen ärgerlichen Zusammenstoss mit den Nachbarn gegeben hatte. Er lebt sehr mässig und ruhig und ist namentlich kein Trinker. Aber er verträgt auch gar Nichts, und wenn er nur zwei Gläser Bier getrunken hat, wird er sofort erregt und fängt Streit an.

Hier sehen wir die Wahnideen der Beeinträchtigung und Verfolgung primär, d. h. ohne durch einen vorhergehenden Affekt oder durch Hallucinationen vermittelt zu sein, entstehen. Ob und in welcher Weise etwa Sensationsanomalien dazu beigetragen, lässt sich mit Sicherheit nicht sagen. Aber unwahrscheinlich ist es nicht, dass bei den Vergiftungsideen dyspeptische Beschwerden und bei der Vorstellung, sich in der Nähe von Personen (seinen Angreifern) zu befinden, während in Wirklichkeit Niemand anwesend ist, abnorme Hautgefühle eine Rolle spielen. — Der Wahn tritt systematisirt auf und ist folgerichtig auf dem Untergrunde krankhafter Vorstellungen aufgebaut. Seinem Inhalte nach ist er alltäglich und erhebt sich nicht über das Niveau des Gewöhnlichen. Alles, was der Kranke anführt, könnte wahr sein, — wenn es nicht eben falsch wäre Von einem blossen Irrthume aber unterscheidet er sich dadurch, dass er krankhaft begründet ist und deshalb auch von dem Kranken mit krankhafter Hartnäckigkeit und Unbelehrbarkeit festgehalten wird.

18. K r a n k e n v o r s t e l l u n g. O r i g i n ä r e P a r a n o i a (o r i g i n ä r e V e r r ü c k t h e i t) (Taf. 15, Fig. 1 u. 2). Der Kranke, dessen Bild aus einer zwei Jahre zurückliegenden Periode seiner Krankheit sich uns gleichfalls präsentirt (Fig. 1), ist ein 22jähriger Musiker. Er war der Stolz seiner armen Eltern und ein strebsames und wohlgelittenes Mitglied einer angesehenen Capelle. Schon von Kindheit auf hat er etwas Besonderes, etwas „Geniales“ an sich gehabt, er war anders, als andere Kinder seines Standes gewesen. Indessen hatte er sich doch gut durchgeholfen und berechtigte zu den besten Hoffnungen.

Der Beginn seiner Krankheit war durch maniakalische Grössenideen ausgezeichnet, die sehr bald den Charakter der Schwäche annahmen. Hallucinationen und Gefühlsstörungen waren ebenfalls bald mit im Spiele. Schon ein halbes Jahr nach seiner Erkrankung schrieb er folgenden Brief: „Herr Senator! Merke immer, dass Sie sich durch Stachelreden zu erkennen geben. Bitte, mir mal zu schreiben, was Sie für Wünsche haben, bin vor einigen Monaten bei Ihnen gewesen und habe Sie um eine Stelle gebeten, habe aber leider noch keine und bin gesund ins Irrenhaus überführt und kann nicht wieder raus kommen, weil Ich der Kaiser bin. Wenn Sie mich da nun wieder raus bringen wollen, so bitte ich Sie, habe das Leben hergegeben, was Mozart gelebt hat, weil ich Musiker bin mit Leib und Seele und kann da nicht von leben. Hochachtungsvoll M. N. Kaiser."

Inzwischen ist die Degeneration immer weiter vorgeschritten, wie der Vergleich mit der geistlos gewordenen, stumpfen grimassirenden Physiognomie, die der Kranke jetzt darbietet, deutlich ergiebt Die Intelligenz ist tief gesunken, die Energie des Wollens ganz erlahmt. Der Kranke verbringt seine Tage mit Nichtsthun und ist zu keiner geordneten Thätigkeit, am wenigsten zur Uebung seiner Kunst zu bringen. Nur mitunter, wenn ihn gerade Hallucinationen bedrängen, wird er laut und schimpft. Muskelcontractionen, die eine gewisse stereotype Haltung bedingen, namentlich die Gewohnheit, die Hände verschränkt vor den Unterleib zu halten, als wenn er Leibschmerzen hätte, vervollständigen das Bild des Verfalles.

19. Krankenvorstellung. Hallucinatorische Paranoia (Taf. 14, Fig. 2). Die Kranke, eine Weberin im Alter von 48 Jahren, wurde der Anstalt ohne Anamnese zugeführt. Es konnte nur erkundet werden, dass sie Mutter ist und mit noch zwei kleinen Kindern vor Kurzem hierhergezogen ist, um in einer Fabrik Arbeit zu suchen. Auch steht fest, dass keine affektive Geisteskrankheit vorausgegangen ist

Sie ist von robuster Statur und gesunder Konstitution. Die Ernährung, die bei ihrer Aufnahme sehr darniederlag, hat sich wieder gehoben. In ihrem Wesen fällt vor Allem Misstrauen und scheue Zurückhaltung auf. Sie spricht fast gar nicht und giebt nur zögernde und vorsichtige Antworten. Doch hat sie sich seit einiger Zeit daran gewöhnt, dem Arzte die Hand zu reichen. Aus ihrem Verhalten geht hervor, dass sie stark an Gehörshallucinationen leidet, denn fast stets bewahrt ihre Miene einen lauernden und horchenden Ausdruck, mitunter spricht sie leise und flüsternd vor sich hin oder in eine Ecke.

Die Hallucinationen scheinen einen warnenden und verbietenden Inhalt zu haben und die Stimme ihres verstorbenen Mannes vorzutäuschen. Denn mitunter sagt sie wohl oder giebt es durch Geberden zu verstehen, sie dürfe nicht antworten. Sie ist überzeugt, dass ihr Mann noch lebt und wundert sich nur, dass er sie nicht besuchen komme, da sie ihn doch vor dem Fenster habe vorbeigehen sehen. Also auch illusionäre Personenverkennungen scheinen vorzukommen. — Sonst zeigt die Kranke, die sich übrigens ganz

ruhig verhält und fleissig arbeitet, kein tieferes Lebensinteresse mehr. Auch ihre Kinder sind ihr ganz gleichgiltig geworden, sie fragt weder nach ihnen, noch wünscht sie sie zu sehen.

Der Fall gehört zu denen, wo bei dem Fehlen aller Anamnese und dem zurückhaltenden schweigsamen Wesen der Kranken selbst die Diagnose fast nur aus dem sonstigen Verhalten zu entnehmen ist.

20. Krankenvorstellung. Erotische Paranoia mit Hallucinationen. (Taf. 16, Fig. 2.) Die kranke Dame ist von guter bürgerlicher Herkunft und gut erzogen, 44 Jahre alt, unverheirathet. Schon von Kindheit an war sie nervenleidend, hat namentlich an Chorea gelitten. Vor 9 Jahren verweilte sie schon einmal kürzere Zeit in der Anstalt. Doch schon viel länger vorher hatte sie Liebesideen im Kopfe gehabt und sich von einem hochgestellten Herrn, der in Wirklichkeit gar nicht an sie dachte, geliebt geglaubt. Jeder zufälligen Begegnung hatte sie besondere Bedeutung beigelegt und Zeitungsanzeigen in ihrem Sinne gedeutet. Ihre Bekannten sagten damals schon von ihr, sie sei aus Liebe verrückt geworden. Ob und inwieweit sie diese Idee jetzt noch hegt, ist schwer zu sagen, da sie nicht mehr davon spricht. Aber nicht bloss aus der allgemeinen Erfahrung, dass solche Ideen, wenn sie einmal von der Seele Besitz ergriffen haben, erst mit dem Verlust der Vorstellungsthätigkeit überhaupt schwinden, sondern auch aus gewissen Zügen, die das Krankheitsbild darbietet, lässt sich auf deren Fortbestehen schliessen. Die Kranke ist sehr von ihren persönlichen Vorzügen überzeugt, legt Werth auf Garderobe und ist endlich auch zu Zeiten grösserer gemüthlicher Erregung nicht sehr gewählt in ihren Ausdrücken, — Züge, die auf eine erotische Färbung des Gedankeninhaltes schliessen lassen. Auch ihre gespannte lüstern-lauernde Miene legt Zeugniss hierfür ab. Jedoch hält sich die Kranke sonst decent und fern von erotischen oder gar nymphomanischen Excessen.

Das Betragen gegen ihre Umgebung ist überhaupt mehr durch Zorn, als durch Liebe eingegeben. Da sie stark von ihrem eigenen Werth überzeugt ist und alle anderen Menschen als tief unter ihr stehend ansieht, sich dabei auch persönlich beeinträchtigt glaubt, nimmt sie fast stets eine abweisende, unnahbare und hochmüthige Haltung an. Nicht unwahrscheinlich ist es, dass dabei immer noch die ursprüngliche erotische Wahnidee ihres Liebesverhältnisses eine herrschende Rolle spielt. Denn vor einiger Zeit wenigstens ist es noch vorgekommen, dass sie sich als die Gattin des betreffenden Herrn bezeichnete. Namentlich die Aerzte und die Oberin, die an ihrer Festhaltung schuld seien, verfolgt sie mit ihrer Abneigung. Mit gebietender Handbewegung stellt sie sich vor sie hin und schleudert ihnen die Worte entgegen: „Haft! Gefängniss! Polizei!“ Hat sie so ihrem Herzen Luft gemacht, dann dreht sie sich wohl befriedigt um und ruft: „So, das war gut!“ Hallucinationen sind nicht mit Sicherheit nachgewiesen worden. Die Intelligenz scheint noch nicht wesentlich gelitten zu haben. Doch ist immerhin die wahnhafte Umwandlung der Persönlichkeit ziemlich weit vorgeschritten.

Wir sehen hier die Form der primären Paranoia, die mit Wahnideen geförderter Interessen, und zwar erotischer Interessen, einhergeht. Der zornige Affekt ist erst sekundär aus dem Zwiespalt zwischen wahnhafter Ueberhebung und äusserer Behinderung oder wenigstens Nichterfüllung der die Seele einzig und allein erfüllenden Idee erwachsen.

21. Krankenvorstellung. Hypochondrische Paranoia. (Taf. 16, Fig. 1.) Eine 41 jährige ehemalige Clavierlehrerin befindet sich nun schon seit 7 Jahren in der Anstalt. Die Kranke hatte schon geraume Zeit vorher ihren Beruf vernachlässigt, sich scheu und misstrauisch von den Menschen zurückgezogen und eine höchst auffallende und ungesunde Lebensweise angefangen. Sie klagte, dass sie Nichts vertrüge und dass sie keinen Stuhlgang habe, verwahrte dabei aber ihre Excremente sorgfältig in Tüchern auf Zur regelmässigen Nahrungsaufnahme war sie schon lange nicht mehr zu bewegen gewesen Dagegen hatte sie ein indifferentes Augenwasser in sehr grossen Mengen innerlich genommen. Schliesslich wurde sie immer verkehrter, wüthete des Nachts auf dem Clavier herum, machte Lärm mit den Nachbarn und Hausbewohnern und musste schliesslich der Anstalt übergeben werden. Hier ist sie nach und nach auf die tiefe Stufe des Verfalles gesunken, auf der wir sie jetzt finden Sie sitzt, ihre kleine, schwächliche, schlecht genährte Figur gekrümmt haltend, still in ihrer Ecke und reibt sich in stets gleicher Weise mit denselben automatischen Bewegungen unaufhörlich die Augen, da sie Würmer in denselben habe. Auch streicht sie sich sehr oft den Unterleib, um ihn, wie sie sagt, zu wärmen. Eine Zeit lang speichelte sie auch sehr viel, anscheinend jedoch willkürlich und durch Wahnideen beeinflusst, denn, als sie genöthigt wurde, den Fussboden wieder davon zu säubern, unterliess sie es. Früher fingerte sie auch in rythmischen Bewegungen auf ihrem Gesicht herum, was sie Clavierspielen nannte Ihr Aussehen ist sehr gealtert, die Züge runzlich, namentlich finden sich zwei von der Stirn nach der Nasenwurzel hinziehende tiefe senkrechte Falten, die Augen sind halb zugekniffen, die Mundwinkel zurückgezogen

Die Kranke ist ganz schwachsinnig geworden Das Einzige, was in ihr lebt, sind ihre krankhaften Sensationen und darin, diesen gerecht zu werden, erschöpft sich ihr gesammtes Handeln Auch sie bestätigt die Erfahrung, dass unter allen paranoischen Formen nächst der originären Verrücktheit am raschesten die hypochondrische Paranoia zur Verblödung führt.

6. Krankenskizze. Originäre Paranoia (originäre Verrücktheit). Der Kranke, ein 37jähriger Kaufmann, ist erblich stark belastet Schon von Kindheit an hat er oft ein sonderbares Wesen gezeigt, ist sehr reizbar und leidenschaftlich gewesen. Dabei wird jedoch auch sein gutmüthiger und aufrichtiger Charakter gerühmt. Körperlich war er immer schwächlich, hat lange an Drüsenskrophulose, eiterigem Ohrenfluss, auch zeitweilig an Spitzencatarrhen gelitten. Der erste Anfall von Geistesstörung erfolgte vor 8 Jahren,

offenbar in Folge häuslicher Verdriesslichkeiten, die sich zwischen seiner Braut und seiner Mutter erhoben hatten. Er zeigte Schlaflosigkeit, grosse gemüthliche Reizbarkeit, Händelsucht und rastlose Unruhe. Nach etwa 4 Wochen liess der Anfall nach, um ein halbes Jahr darauf, wenn auch nur auf kurze Zeit, wiederzukehren. Einige Wochen nach seiner bald darauf erfolgenden Verheirathung brach dann die Krankheit aus, die den Armen immer weiter abwärts zu dem bis jetzt erreichten Punkte des Verfalles geführt hat.

Die Krankheit zeichnete sich von vornherein durch die Art ihres Auftretens aus. Sie war irregulär und atypisch. Stimmungsanomalien waren vorhanden, aber wechselnd und von schwankendem Charakter. Gehobene maniakalische Stimmung mit Beeinträchtigungsideen, die ihrerseits wieder durch Hallucinationen gestützt erschienen, wurde unterbrochen durch kurze Perioden melancholischen Kleinheitswahnes. Gereizte zornwüthige Ausbrüche, die sich unter Schimpfen und unklaren Beschuldigungen vollzogen, wechselten ab mit verzweiflungsvollen Selbstanklagen. Dazwischen tauchten wieder hypochondrische Vorstellungen und allerhand Gefühlsverkehrtheiten auf. Trotzdem war doch niemals eine wirkliche Krankheitseinsicht vorhanden, und der Kranke beschwerte sich bitter über ungerechte Einsperrung. Allmälig entartete das gesammte Vorstellungsgebiet zu einer wirren sich durchkreuzenden Masse incongruenter Ideen, aus denen das Selbstbewusstsein keinen Ausweg mehr fand.

Verworrenheit und Schwäche des Intellektes sind jetzt die Hauptmerkmale des seelischen Zustandes. Der Kranke ist wohl über seinen Aufenthalt und seine Umgebung einigermassen orientirt, hat aber sonst nicht die mindeste Einsicht in seinen Zustand. Die Sinnestäuschungen, die anfänglich das Krankheitsbild belebten, sind sehr abgeschwächt, systematisirte Wahnideen werden nicht mehr geäussert. Am längsten hatte sich die Wahnvorstellung erhalten, dass der Arzt, wenn er an ihn herantrete, ihm die Kraft raube; aber auch sie wird jetzt nicht mehr geäussert Mitunter allerdings hört der Kranke noch Stimmen in der Ofenröhre, oder er hält die Fliegen für böse Geister, malt dann auch symbolische Figuren an die Wand. Aber dies Alles vollzieht sich schwächlich, bleibt ohne Nachdruck und wird bald wieder von eben so schwächlichen Wahnideen abgelöst. Wie die Vorstellung, so auch das Handeln. Der Wille reicht nur noch für die gewöhnlichsten Beschäftigungen des täglichen Lebens, Waschen, An- und Auskleiden und Essen. Zu einer wirklichen, wenn auch noch so einfachen, aber Nachdenken erfordernden Beschäftigung ist der Kranke unfähig geworden. Er steht den ganzen Tag unbeschäftigt herum, in vorgebeugter Haltung,

unverständliche Dinge redend und dabei leicht mit den Händen gestikulirend. — Der Kranke ist von kleiner, schwächlicher Statur, hat sich aber in seiner Ernährung gehoben. Seine Miene zeigt einen etwas gespannten, lauschenden Ausdruck, ähnlich dem eines Hallucinanten, lässt im Uebrigen aber die Zerfahrenheit des Vorstellungslebens deutlich erkennen.

Das Verhalten des Kranken gleicht in manchen Stücken dem eines sekundär Paranoischen, namentlich in der Intelligenzschwäche, in den wirren, ungeordneten Resten früherer Wahnideen und der gänzlichen Umänderung der geistigen Persönlichkeit. Aber die Entwickelung des Leidens und das Atypische der Anfänge, namentlich der rasche Uebergang in Paranoia nach einer nur kurzen schwankenden Periode gemischter Stimmungen weist ihn der Gruppe der originären Paranoia zu.

7. Krankenskizze. Religiöse Paranoia In der Anstalt wird ein 38 jähriger früherer Kaufmann verpflegt, der ihr von der Strafanstalt übergeben worden war. Er ist Gewohnheitsdieb und hat schon mehrjährige Zuchthausstrafe hinter sich. Schon in der Strafanstalt hat er sich, ehe seine Geisteskrankheit erkannt wurde, durch störrisches und zugleich hinterlistiges Wesen ausgezeichnet. Er beschuldigte und verleumdete unausgesetzt das Aufseher-Personal, reizte dasselbe, um es womöglich zu Ausschreitungen gegen ihn zu bringen oder beging Disciplinarvergehen lediglich zu dem Zwecke, um bestraft zu werden und dann den Märtyrer spielen zu können. Seine Wahnidee besteht darin, dass er behauptet, Gottes Sohn zu sein. Er nennt sich Prophet und Messias des neunzehnten Jahrhunderts. Jetzt freilich glaube ihm die sündige Welt nicht, aber drei Tage nach seinem Tode werde Alles offenbar werden, denn dann werde er herrlich auferstehen. Sein Betragen ist allerdings den herrschenden Wahnideen wenig entsprechend und keineswegs messianisch. Er ist eine abgefeimte Verbrechernatur, mit allen Listen, Gewohnheiten und Geschicklichkeiten der Zunft ausgestattet. Bald stiehlt er Werthsachen, z. B. Lorgnons und Cigarrenspitzen, die er dann sehr geschickt zu verbergen weiss, bald fertigt er aus Holzstückchen, die er im Garten aufliest, oder aus Draht, den er aus seiner Bettstelle bricht, Thürdrücker an und steckt sie anderen Kranken zu, bald entweicht er selbst aus dem Garten unter geschickter Benutzung des geeigneten Augenblicks, läuft durch die Strassen der Stadt und stiehlt dabei Esswaaren und Hosen. Auch ist er jähzornig und heimtückisch, die Anschuldigungen gegen das Pfleger-Personal werden hier in demselben Style fortgesetzt, wie in der Strafanstalt. Zur Arbeit im Freien, womit ein Versuch ge-

macht wurde, ist er leider der geschilderten Eigenschaften wegen nicht zu verwenden. Er beschäftigt sich also, ausser dass er etwas auf der Abtheilung hilft, nur mit Lesen und Dichten. Denn Verse macht er auch, und zwar solche voll der edelsten und schönsten Gesinnungen mit vollendeter Moral, auch voll messianischer Weissagungen, die seine Person, seinen Tod und seine Auferstehung behandeln.

In einem seiner Gedichte, wo von der Rettung eines Verlorenen die Rede ist, heisst es:

„Barmherzig ganz und gnädig,
So hebt die Schwester an,
Ist Jesus, unser Heiland,
Der grosse Wundermann.
Er will nicht, dass die Sünder
Verloren sollen gehn
Und lässt verirrte Schäflein
Nicht in der Wüste stehn."

Doch auch weltliche Poesien, und dann im gelungensten Bänkelsängertone, fertigt er an, z. B.

„Wie vom Blitz getroffen stand Helene,
Schaut den Doctor ganz verwundert an,
Und nach einem Weilchen sagt die Schöne:
Doctor, Sie sind doch ein seltner Mann.
Heimlich hatte bald nachher verlassen
Dieses schöne Weib den Ehemann,
Bald ging das Gerücht durch alle Gassen:
Ausgekniffen ist Helene Brahn."

Die Intelligenz ist ungeschwächt, selbstverständlich nur in gewissen Grenzen. Allzutief darf man nicht eindringen, wenn man den Defekt nicht sofort merken will. Der Kranke ist ein guter Dialektiker, mit einem treuen Gedächtniss begabt, und einigermassen muss man bei ihm auf seiner Hut sein.

Wir sehen auch hier Paranoia aus primären Wahnideen gehinderter Interessen. Hallucinationen sind nicht vorhanden. Da wir es zugleich mit einer Verbrechernatur zu thun haben, könnte sich die Frage erheben, ob hier nicht originäre Paranoia (originäre Verrücktheit) vorliege. Aber hiervon unterscheidet sich das Leiden durch die Unversehrtheit der Intelligenz, die bei originärer Paranoia früh zu sinken beginnt, sowie überhaupt dadurch, dass Zeichen eines frühzeitigen Verfalles fehlen. Auch entspricht hier die festgefügte Form der Wahnideen nicht dem haltlosen Gemisch verschiedener Wahnelemente, denen man in der originären Paranoia begegnet.

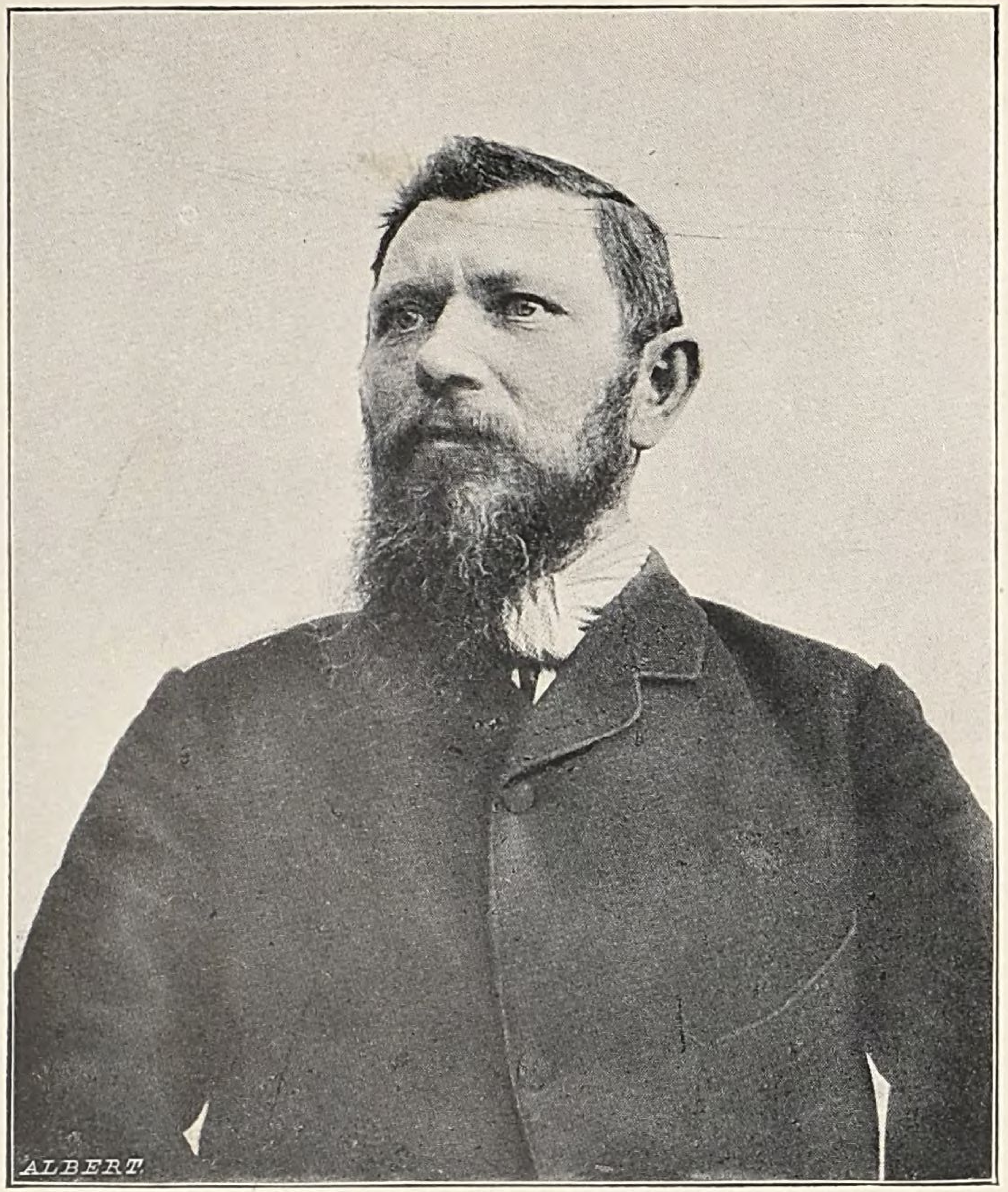


Fig. 1.
Paranoia aus primären Wahnideen. Verfolgungswahn.

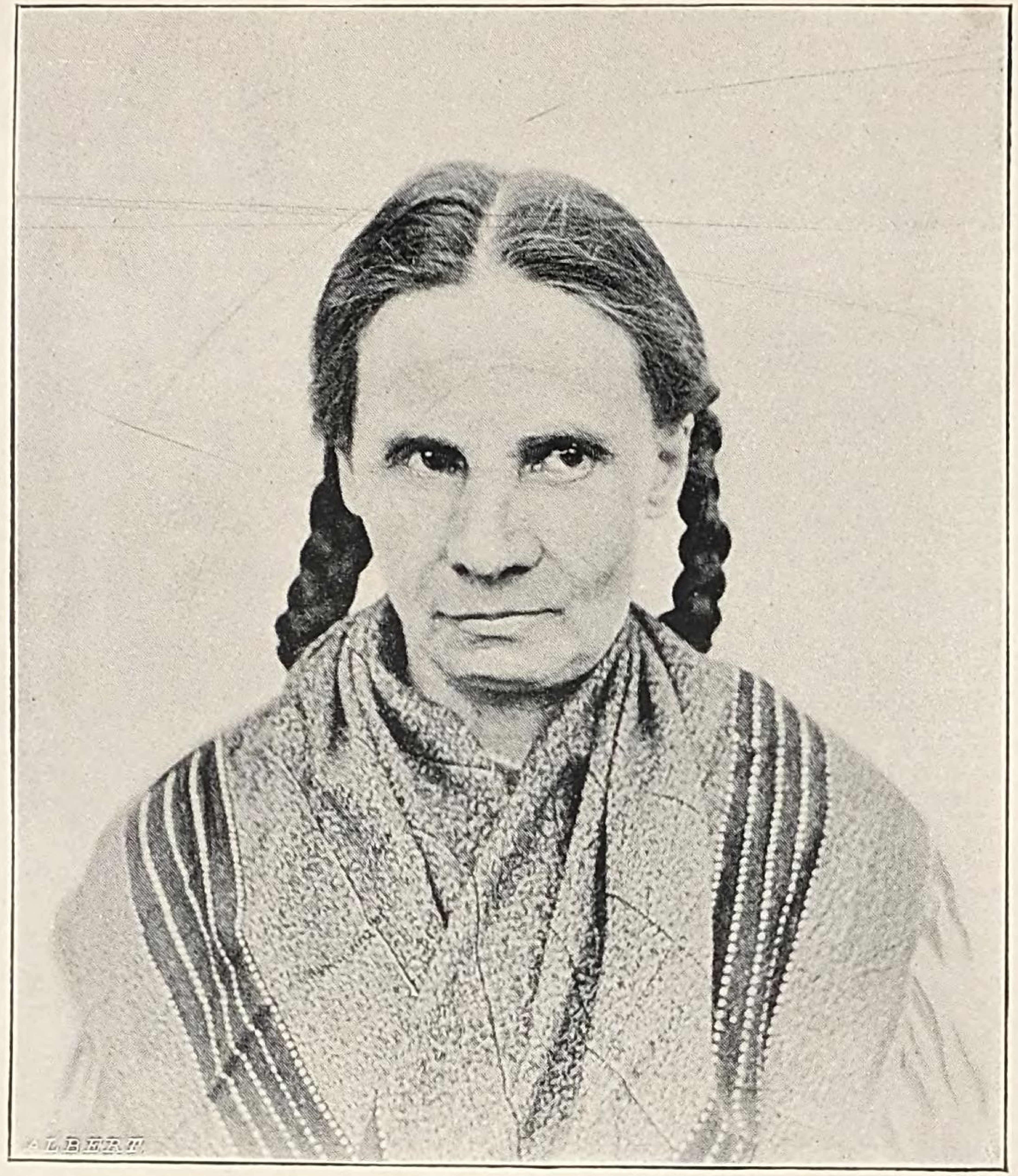


Fig. 2.
Hallucinatorische Paranoia.

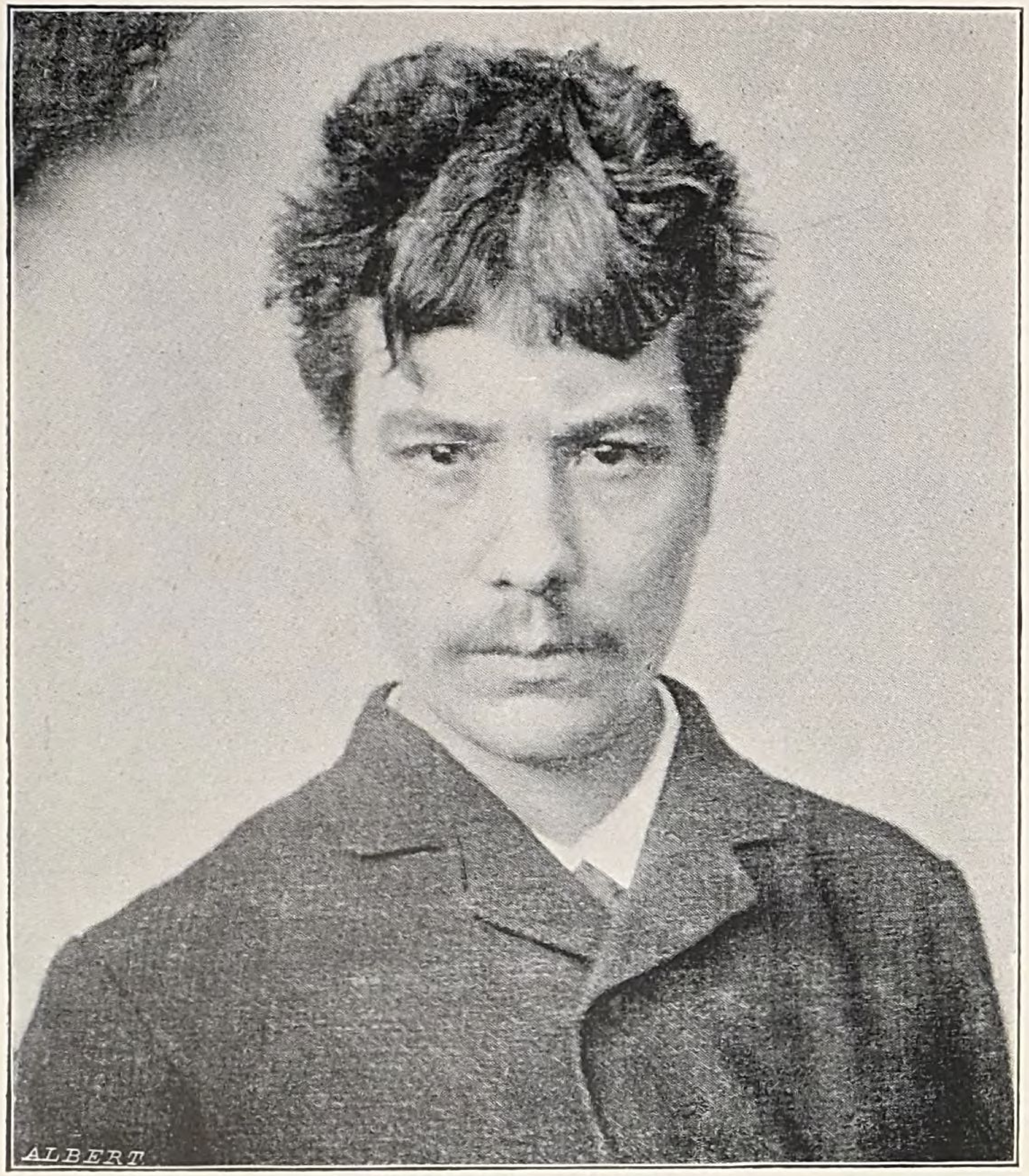


Fig. 1.
Primäre Paranoia.

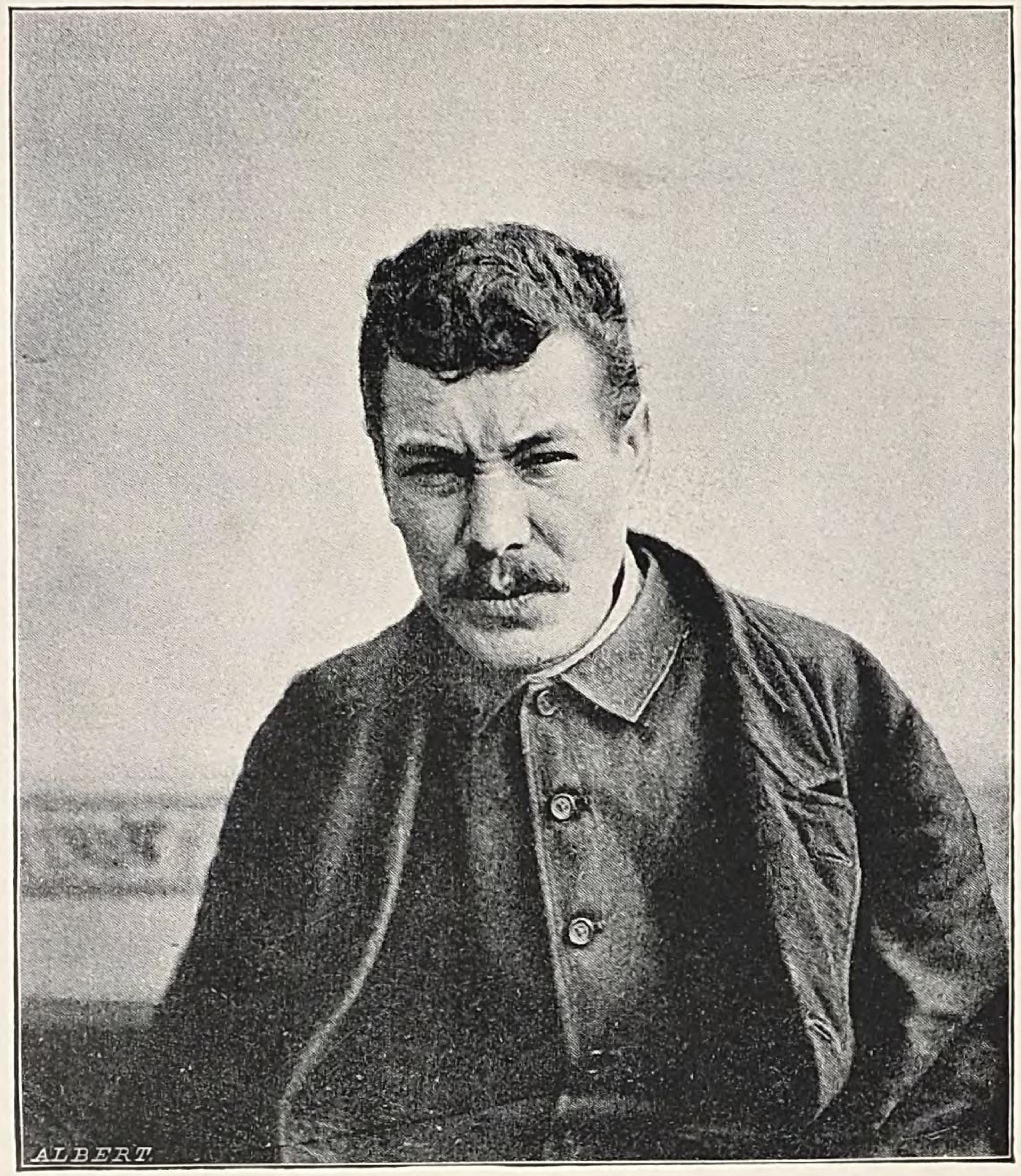


Fig. 2.
Derselbe in vorgeschrittenem geistigen Verfalle.



Fig. 1.
Hypochondrische Paranoia.



Fig. 2.
Erotomanische Paranoia.

8. Krankenskizze. Primäre Paranoia Erfinderwahnsinn. Der Kranke, ein jetzt 46jähriger Schneider, ist gleichfalls Verbrecher, aber, wie es scheint, nicht aus originärer Anlage, sondern durch paranoische Wahnideen gedrängt. Er zeigt den Erfindertypus und hat silberne Fünfmarkstücke angefertigt, weshalb er zu acht Jahren Zuchthaus verurtheilt wurde. Bald nach seiner Verurtheilung wurde er der Anstalt zugeführt. Er ist ein gesunder Mann von stattlicher Erscheinung und sehr gehobenem Selbstgefühl. Er behauptet, ein neues Geschütz erfunden zu haben, womit auf einmal eine ganze Armee vernichtet werden könne. Er hat Zeichnungen von demselben entworfen und theilt in einem Briefe an seine Verwandten diese Erfindung mit, wobei er zugleich angiebt, dass er dies Geheimniss der deutschen Regierung anbieten wolle und zur Belohnung dafür ein Rittergut in seiner Heimath beanspruche. Er behauptet, zu Unrecht verurtheilt zu sein, da sich der Geist nicht unterdrücken lasse und spricht die Hoffnung aus, dass ihn die Regierung bald in Freiheit setzen werde — Später hat der Kranke eine landwirthschaftliche Maschine erfunden, die, nach seiner Erklärung, durch kleine Aenderungen zu fast allen Arbeiten, zum Pflügen, Dreschen und Säen zu gebrauchen ist — In seiner paranoischen Selbstüberhebung bleibt übrigens der Kranke bei solchen verhältnissmässig einfachen Dingen nicht stehen. Es dauerte nicht lange, so konnte er sogar das Wetter machen. Er ist es, der es donnern, regnen oder die Sonne scheinen lässt. Die Naturkräfte sind ihm unterthan, ja Sonne, Mond und Sterne verneigen sich vor ihm, dem „Friedefürsten“. Dies Alles bringt er ohne allen Affekt in ruhiger, keinen Widerspruch duldenden Weise als etwas Selbstverständliches, über das lange zu sprechen nicht der Mühe lohne, vor. — Eine andere Grössenidee ist die, unermessliche Reichthümer zu besitzen. In ruhigeren Zeiten gehört ihm nur ein Rittergut und mehrere Häuser, Equipagen und kostbare Kleider. Steigert sich die Erregung, so besitzt er viele Millionen und grosse Haufen vergrabener Schätze von Gold und Edelsteinen. Stellt der Wahn, die Naturkräfte zu beherrschen, offenbar nur eine Steigerung des paranoischen Selbstbewusstseins vor, so haben wir in dem Reichthums-Grössenwahn die Weiterentwickelung der Vorstellung des aus seiner Erfindung zu erhoffenden Gewinnes zu erblicken. Schon als er das Geschütz erfunden hatte, hoffte er ein Rittergut zu bekommen, und die Erfindung der landwirthschaftlichen Maschine sollte dazu dienen, das Gut, als dessen rechtmässiger Besitzer er sich bereits anzusehen gewöhnt hatte, noch nutzbarer zu machen. — Eine Zeit lang spielten auch nächtliche Fahrten in die

Unterwelt eine Rolle. Sie wurden aber bald aufgegeben und scheinen nur aus Träumen, die in das wahre Bewusstsein übertragen wurden, entstanden zu sein.

Wir sehen hier ein ganzes System von Wahnideen, die sich logisch aus einander entwickelt haben. Das Ursprüngliche und Primäre in dem Krankheitsbilde war zunächst wohl die paranoische Vorstellung, etwas Besonderes zu sein und mehr wagen zu dürfen, als andere Leute. Sie und die damit unzertrennliche Eitelkeit hat ihn auch zum Verbrechen getrieben. Denn es ist nachgewiesen worden, dass er selber keinen Vortheil daraus gezogen hat, sondern nur von Anderen als Werkzeug benutzt worden ist Schwäche der Intelligenz war von vornherein damit verbunden und Beides, zugleich vereinigt mit phantastischen Grübeleien, schuf nun den Typus des Erfinders, aus dem wiederum die sekundären Wahnideen, als Friedefürst Macht über Naturerscheinungen gewonnen zu haben, erwachsen sind. Die Reichthums-Grössenideen, zu denen der erste Anstoss, wie wir schon gesehen haben, vor seiner Erfindung gegeben war, laufen nebenher und erscheinen logisch selbstverständlich bei einem Manne, dem Alles auf Erden und im Himmel unterthan ist.

Diese Grössenideen erheben sich weit über die einfach maniakalischen und reichen schon an die desultorische Höhe paralytischer Wahnideen. (S. Kap. 21.) Aber immerhin unterscheiden sie sich von diesen noch durch das deutlich erkennbare logische Gefüge, ferner dass sie nicht in demselben Maasse, wie diese, das Gepräge des Schwachsinns tragen, und endlich durch ihre Beharrlichkeit, die sie zu echten „fixen" Ideen stempelt.

9. Krankenskizze. Querulantenwahnsinn. (Der Fall ist aus älterer Zeit und schon in der Vierteljahrsschr. f. ger. Medizin, N. F, VIII, 2, von mir veröffentlicht.) Der 66jährige Gerichtsschreiber E. stammt aus einer Handwerkerfamilie. Ueber seine Kindheit und Jugend ist wenig mehr zu erfahren Doch geht aus den Unterhaltungen mit ihm, sowie aus seinen bei den Akten befindlichen Schriftstücken hervor, dass seine Erziehung nicht vernachlässigt worden ist. E. erlernte zunächst das Schuhmacherhandwerk und diente darauf $12^1/_2$ Jahr beim Militär, das er mit dem Charakter als Sergeant und dem Civilversorgungsschein verliess, um sich als Schuhmacher zu etabliren. Er heirathete und der Ehe entspross ein Sohn, dem er eine seinen Verhältnissen mehr als entsprechende Erziehung geben liess und der es bis zum Kreis-Steuereinnehmer gebracht hat. Er selbst quittirte auch bald das Handwerk und verwaltet jetzt seit 25 Jahren das Amt eines Gerichtsschreibers.

Schon seit dieser langen Zeit macht sich E. allen möglichen Behörden, Justiz-, Verwaltungs-, Militär- und Communalbehörden durch die grosse Zahl von Bewerbungen um alle möglichen Posten bekannt und lästig. Er hat im Laufe der Jahre viele Hundert solcher Schriftstücke abgefasst. Namentlich war es der Glöcknerposten an der Pfarrkirche seines Wohnortes, um den er wiederholt, selbst nachdem er schon anderweitig besetzt war, sich bemühte, und zu welchem Zwecke er auch wiederholt Immediateingaben an den König richtete. Diese Beharrlichkeit musste um so mehr auffallen, als E. schon wiederholentlich dahin beschieden worden war, dass der Glöcknerposten mit einer Lehrerstelle, die zu verwalten er nicht qualificirt war, verbunden werden sollte.

Alle diese verschiedenartigen Meldungen zu Posten, an die E. durch seinen Civilversorgungsschein gegründeten Anspruch zu haben glaubte, hatten leider nicht den gewünschten Erfolg, und in der That scheint man bei den amtlichen Berichterstattungen über die Personalien des Stellesuchenden nicht immer mit der nöthigen Sorgfalt zu Werke gegangen zu sein. So heisst es in einem Allerhöchsten Bescheide: „Ich sehe mich ausser Stande, Ihnen die in Ihrer Eingabe vom 12. d. M. erbetene Anstellung zu vermitteln, da Sie weder einen Civilversorgungsschein besitzen, noch Anstellungsansprüche durch 12jährige Dienstzeit erworben haben" E. besitzt aber Beides.

War es nun die Erfolglosigkeit dieser Bemühungen, war es das Gefühl wirklich oder vermeintlich erlittenen Unrechts, oder hatten, was am wahrscheinlichsten ist, auf dem Boden eines erkrankten Seelenlebens schon damals objectiv falsche Vorstellungen sich erhoben, — kurz, E. machte sich bald durch die Heftigkeit und Unehrerbietigkeit seiner Aeusserungen über Behörden und Beamten bemerkbar. Er warf ihnen Bestechlichkeit und Unterschleif vor und behauptete, durch Intriguen aller Art um seine gerechten Ansprüche gebracht worden zu sein. So konnte es nicht fehlen, dass E bald in Conflict mit den Strafgesetzen und in Untersuchung gerieth. Bereits vor 20 Jahren wurde er wegen Beleidigung des Magistrats und später noch mehrere Male wegen des gleichen Vergehens bestraft, von einer letzten Anklage übrigens entlastet, da ihm durch ein ärztliches Gutachten die Zurechnungsfähigkeit abgesprochen worden war.

E. ist von grosser starker Figur und etwas gedunsenem Aussehen. Das spärliche Haupthaar ist weiss, die Augen klein und lebhaft. Bewegungen und Sprache sind rasch und energisch und werden von einem lebhaften Mienen- und Geberdenspiel unterstützt. Die von einem gewissen Bildungsgrade zeugenden Antworten sind

rasch, nicht selten witzig und von sarkastischer Laune. Die Gemüthsstimmung ist keineswegs gedrückt, sondern humoristisch aufgelegt, und sein ganzes Auftreten zeigt weniger das bittere Gefühl eines erlittenen Unrechts, als vielmehr die mit grossem Selbstgefühl gepaarte innere Befriedigung, die er über die seinerseits den Behörden, wie er glaubt, mit vollem Rechte und schlagendem Erfolge gemachten Vorwürfe empfindet Sein Ideengang, den er mit öfterem schlauen Augenblinzeln, als wenn er noch viel sagen könne, wenn er nur wolle, und in beissender sarkastischer Ausdrucksweise vorträgt, ist folgender:

Er habe durch seine Dienstzeit und den Civilversorgungsschein gerechte Ansprüche und zwar in der Art, dass ihm ein Posten gegeben werden müsse. Gleichwohl habe er den Glöcknerposten nicht erhalten, obgleich selbst der damalige Kronprinz sich bei den Behörden für ihn verwandt habe. Die Bestimmung, dass der Posten mit einer Lehrerstelle verbunden werden solle, sei eine Cabale gewesen, um ihn nicht in's Amt zu lassen. Dass Cabalen ihm gegenüber eine grosse Rolle gespielt hätten, erweise sich deutlich, dass Se. Majestät der König bezüglich seiner Dienstzeit und seiner Berechtigung absichtlich falsch berichtet worden sei. Ueberdies, wenn man ihm den Glöckner-Posten nicht habe geben wollen, so hätte man doch seine zahlreichen anderen Meldungen berücksichtigen müssen. Wenn ihm von der Regierung mitunter einige ausserordentliche Geldunterstützungen zu Theil geworden seien, so wisse er (mit schlauem Augenblinzeln) schon warum.

Diese Aeusserungen werden durch eine sehr grosse Anzahl von Schriftstücken, die seine zahlreichen Meldungen und Beschwerden, sowie die darauf ergangenen Bescheide vorstellen, unterstützt. Manche dieser oft ganz unwesentlichen Schriftstücke sind durch häufigen Gebrauch schon so schadhaft und auseinandergefallen, dass die einzelnen Stücke mit Bindfaden aneinander geheftet sind.

Die dem Kranken eigenthümliche höhnische Ueberhebung zeigt sich in schlagendster Weise in dem bei Gelegenheit seiner letzten Untersuchung dem Gerichte eingereichten Schreiben. Weit entfernt, sein Unrecht einzusehen, dasselbe zu beschönigen oder Besorgnisse vor dem möglichen Ausgange der Untersuchung zu empfinden, scheint er vielmehr die Gelegenheit für ungemein passend anzusehen, neue harte Anklagen gegen den beleidigten Magistrat zu schleudern, nämlich wegen Unterschlagung einer Cabinetsordre, Abgabe falscher Zeugnisse, wissentlich falscher Anklagen und Majestätsbeleidigung. Ausserdem rühmt er sich, in seiner kaustischen Manier, er habe den Magistrat in öffentlicher Sitzung durchgeprügelt.

Er sagt: „Was die Beleidigung des Magistrats anbetrifft, so ist mir von demselben in öffentlicher Sitzung eröffnet worden, des Königs Majestät habe ihm Nichts zu befehlen. Darauf habe ich geantwortet: „Na, da will ich fünf Minuten König sein," und habe sie durchgeprügelt; es sind mir von Allerhöchstdemselben 25 Thaler Ehrensold zugegangen." Diese 25 Thaler, die E. in der That einmal bei Gelegenheit einer Audienz vom Könige geschenkt erhielt, spielen überhaupt in seinem Ideenkreise eine grosse Rolle und werden vielfach als Beweis für seine verrückten Ideen verwerthet. Namentlich lässt er es sich nicht ausreden, dass er sie wirklich als Ehrensold für die Durchprügelung des Magistrats erhalten habe. Auch bei seiner gerichtlichen Vernehmung sagt er: „Einmal bin ich deshalb bestraft worden, weil ich den Magistrat geprügelt habe, wofür ich von Sr. Majestät dem Könige, der die Sache richtig erkannt, 25 Thaler Prämie erhalten habe." In einer späteren Eingabe führt er die Sache noch drastischer aus. Die Antwort sei von ihm erfolgt: „Nun, so sei er König von Preussen," und habe den Magistrat tüchtig geprügelt und die Akten um den Kopf geschlagen und angespuckt. Zufolge dieses Verfahrens wollte Se. Majestät der König diesen beherzten Mann sehen und beschied ihn nach Berlin und liess ihn durch den Geh. Cabinetssekretär Hofrath B. vernehmen, wo ihm derselbe äusserte: „Mit Ihnen werden Cabalen gespielt." Der König habe sich vor Lachen immer den Bauch gehalten und habe seiner Gemahlin im Scherz mitgetheilt, dass es ausser ihm noch einen König gebe, und seien ihm, dem Angeschuldigten, für jede Minute als König 5 Thaler, also für fünf Minuten 25 Thaler, ausbezahlt worden. — An dieser schönen Geschichte ist am bemerkenswerthesten und für den Seelenzustand des E charakteristisch, dass kein Wort davon wahr ist. Er hat den Magistrat weder geprügelt, noch angespuckt, noch ihm die Akten um den Kopf geschlagen, sondern sich nur einfacher Verbalinjurien schuldig gemacht, wegen denen er zu 8 Tagen Gefängniss verurtheilt wurde. Er hat sich nur in seinem erhitzten und von Hass erfüllten Gemüthe diese Handlungsweise als höchst verdienstlich und zweckentsprechend so lange ausgemalt, sich dieselbe als wirklich geschehen so lange selbst vorgelogen, bis er schliesslich selbst daran glaubte.

Als Grundzug des Charakters des E. darf man Selbstgefälligkeit und Eitelkeit bezeichnen, mindestens darf man mit Recht annehmen, dass ihm von der Natur ein starkes Selbstgefühl verliehen wurde. Durch gewisse äussere Erfolge, wenn sie auch, seiner Lebensstellung nach, nur recht bescheiden sein konnten, wurde sein Selbstgefühl

noch gesteigert. Er glaubte, es könne ihm ja nicht fehlen, da seine Ansprüche gehört werden müssten. Um so grösser war die Enttäuschung und die ihr folgende Erbitterung, als er überall abgewiesen wurde. Es dauerte nicht lange, so glaubte er sich absichtlich zurückgesetzt und in seinen Rechten gekränkt. Das war um so natürlicher, als ihm in dem einen Falle durch falsche Berichterstattung wirklich Unrecht geschehen war.

Ein ruhiger, klarer, von Selbstüberhebung freier Kopf würde auch darüber hinweggekommen sein. Aber E. ist eben keine solche ruhige, das Für und Wider leidenschaftslos erwägende Natur. Für ihn stand es ohne Weiteres fest, — es war ihm bitteres Unrecht geschehen, und bei seiner grossen, den klaren Blick trübenden Selbstüberhebung wusste er keinen anderen Erklärungsgrund zu finden, als Missgunst, Bestechlichkeit und Niederträchtigkeit der Behörden. Mochte er vielleicht auch anfänglich diesem Urtheile innerlich noch Vernunftgründe entgegensetzen, mochten auch anfänglich noch Zweifel an der Richtigkeit im Bewusstsein auftauchen, — der Affekt und die Verwirrung seines Gemüths- und Seelenlebens war doch so gewaltig, dass gegen diese mit Uebermacht auftretende Idee bald keine andern Vorstellungen mehr sich erhoben und jeder Zweifel verstummte.

Hierdurch aber kennzeichnet sich diese Idee als eine krankhafte und das Seelenleben des E. als gestört. E. ist und war damals schon geistesgestört, nicht etwa aus dem Grunde, weil er einfach Unrecht hatte und ein materiell falsches Urtheil fällte, sondern weil er offenbar schon nicht mehr die nöthige Besonnenheit hatte, in seinem Innern widerstreitende Gründe und Vorstellungen zur Geltung gelangen zu lassen, die krankhafte Idee sich vielmehr fixirte und zum unbestrittenen Mittelpunkte der Vorstellung erhob. Fortan war diese fixe Idee nicht blos die souveräne Beherrscherin des gesammten Gedanken- und Vorstellungskreises des Kranken, sondern sie wirkte auch wesentlich bestimmend ein auf sein ganzes Thun und Handeln. Auf jede Weise sein gekränktes Recht zu suchen und wiederherzustellen, diese missgünstigen, bestechlichen und intriguanten Behörden in jeder Weise zu kennzeichnen, ihnen womöglich in öffentlicher Sitzung in ihrem eigenen Amtslokal die Anklage ins Gesicht zu schleudern, — das war für den Unglücklichen nicht blos seelisches und gemüthliches Bedürfniss, sondern auch die einfache Consequenz der ihn beherrschenden und treibenden Wahnidee. Sein formelles Denkvermögen ist dabei gut erhalten. Von dem Boden der falschen Prämissen, der Wahnideen, aus, schliesst er formell vollkommen richtig weiter und seine Schlüsse sind wohl im Stande, so lange man die krankhafte Grundlage nicht erkennt, durch Schärfe und zwingende Logik zu imponiren.

H. Die Katatonie.

Unter Katatonie (Kahlbaum) versteht man eine Zustandsform des Irreseins, die sich hauptsächlich durch das Vorherrschen motorischer Spannungen charakterisirt. Man beobachtet sie am häufigsten in der Melancholie und in der Paranoia.

1. Die katatonische Melancholie.

Das Bild hat grosse Aehnlichkeit mit der Melancholia attonita. Doch ist schon auf den ersten Anblick insofern ein Unterschied vorhanden, als bei dieser hauptsächlich die Streckmuskeln, bei der Katatonie dagegen die Beugemuskeln tetanisch zusammengezogen sind. Der Affekt ist ängstlich und schmerzlich zugleich. Die Kranken verharren aber nicht ganz so regungslos in der einmal eingenommenen Stellung, wie dies dort geschieht, sondern bewegen sich anfänglich noch, suchen dem gleichfalls oft durch Hallucinationen angekündigten Unheil zu entrinnen, verkriechen sich in Ecken und abgelegene Winkel oder unter die Bettdecke. Schon zeitig fangen die Muskeln an, sich zusammenzuziehen. Rumpf und Kopf werden gesenkt, die Ellenbogen im rechten oder spitzen Winkel gebeugt, die Beine an den Leib gezogen. Auch die Gesichtsmuskeln nehmen Theil, die Miene wird, zwar nicht in der Weise, wie bei der Melancholia attonita, starr und leblos, doch ebenfalls eigenthümlich gespannt, und verharrt im Ausdrucke des Schmerzes. Es tritt nun auch Bewegungsfurcht hinzu, die Kranken lassen lieber ihre Bedürfnisse in's Bett gehen, ehe sie sich entschliessen, aufzustehen. Zum Essen sind sie nur schwer zu bringen, und auch jeder sonstigen nöthigen Handreichung, dem Waschen und Reinigen, setzen sie starren passiven Widerstand entgegen.

Auch hier kommen, wie bei der Melancholie überhaupt, explosionsartige tobsüchtige Entladungen vor, in denen die starke Spannung momentan gesprengt wird. An Stelle der Flexorenspannung treten, offenbar durch entsprechende Vorstellungen begleitet, mitunter auch ekstatische Zustände. Oder vorübergehende Zuckungen der Extremitätenmuskeln, Grimassiren, eintöniges Articuliren und stereotypes Wiederholen derselben Worte und Redewendungen, die dann die schmerzliche und ängstliche Verstimmung wiederzuspiegeln pflegen, werden beobachtet. Vielfach findet man neben Hallucinationen auch Gefühlstäuschungen, falsche Vorstellungen und dementsprechende Wahnideen. Namentlich können sich anfänglich Hallucinationen und wirre Reden so in den Vordergrund drängen, dass der Affekt zeitweise zurücktritt und typische hallucinatorische Verworrenheit vorgetäuscht werden kann.

Zur katatonischen Melancholie sind auch die Fälle zu rechnen, wo sich die motorische Spannung als Katalepsie (s. Kap. 6) äussert.

Nach Ablauf einiger Wochen oder Monate pflegt sich das Bild allmälig zu verändern. Man bemerkt, dass die Spannung ihren Höhepunkt überschritten und der Affekt von seiner Höhe herabgesunken ist, der Kranke giebt, wenn auch nur einsilbige, doch genügende und verständige Antworten und bewegt sich etwas freier. Verunreinigungen kommen nicht mehr vor, das Körpergewicht beginnt sich zu heben. Der Kranke steht hier am Scheidewege. Es kann völlige Genesung eintreten, der Weg kann aber auch nach abwärts zu sekundärer Paranoia (Verrücktheit) führen. Ihr Bild wird alsdann noch viele Züge aus dem primären Stadium, namentlich Muskelspannungen, aufweisen.

Die katatonische Melancholie befällt hauptsächlich junge Leute. Die Jahre unmittelbar nach der Pubertät scheinen ihr am günstigsten zu liegen. Man hat Erblichkeit, besondere psychopathische Beanlagung, geschlechtliche Ausschweifungen, Erschöpfung des Gehirns durch zu angestrengte Arbeit beschuldigt, ohne doch den ursächlichen Zusammenhang gerade mit dieser Form wirklich aufklären zu können. Dasselbe gilt von anderen Gelegenheitsursachen, verletzter Stolz, Kummer, Gewissensbisse u. s. w. Alles dies kann gewiss, wie zu jeder affektiven Krankheit, auch zur katatonischen Melancholie führen. Aber eine besondere Beziehung existirt nicht.

22. Krankenvorstellung. Katatonische Melancholie. Genesung nach 6 Monaten. (Taf. 17, Fig. 1 u. 2.) Wir sehen einen 19jährigen jungen Mann einmal in katatonischer Flexorenstellung, das andere Mal in ekstatischer Haltung. Er ist Primaner und hatte für das Examen stark gearbeitet, sogar die Nächte hindurch An Kopfschmerzen hatte er bereits früher vielfach gelitten. Direkte erbliche Belastung war nicht nachzuweisen, doch hatte die Grossmutter mütterlicherseits an Melancholie gelitten. — Er erkrankte zuerst unter Hallucinationen, namentlich des Gesichtes, die er sich aber noch objectivirte und Visionen nannte. Nach etwa 6 Wochen, die unter wechselnden Erscheinungen mit unruhigem Schlaf, Verdauungsstörungen, Verstimmung und Unruhe hingegangen, wurden die Hallucinationen übermächtig, der Kranke vermochte sie nicht mehr zu objectiviren, Gefühlstäuschungen, die sich auf Vorgänge im Unterleibe bezogen, traten hinzu und endlich wurden auch Wahnideen geäussert. Der Kranke sah Ratten und Mäuse, sah Tuberkelbacillen in der Luft umherschwirren und glaubte Thiere im Leibe zu haben, weshalb er sich in gekrümmter Haltung den Bauch hielt So weit glich der Beginn der Krankheit einer akuten hallucinatorisch-hypochondrischen Paranoia, aber schon frühzeitig gesellten sich die Erscheinungen einer ängstlichen Melancholie hinzu. Sie kennzeichnete sich durch psychische Hemmung, ängstlichen Affekt, der bis zur Verunreinigung des Bettes ging, da der Kranke offenbar

nicht den Muth fand und wohl auch zu gehemmt war, dasselbe zu verlassen, — und durch katatonische Flexorenstellung. Der Kranke lag zusammengekauert im Bette, ass sehr wenig und sprach fast gar nicht. Zuweilen äusserte sich die Steigerung des Angstaffektes darin, dass der Kranke aufstand und sich unter das Bett verkroch. Auch traten zweimal explosivartige Tobsuchtsanfälle auf, in denen der Kranke das Hemd zerriss, die Bettstücke durcheinander warf und den Pfleger schlug.

Nachtrag. Schon nach einigen Wochen leitete sich die Rekonvalescenz ein. Alle Erscheinungen gingen zurück und durch ein Stadium leichter Schwäche und Gehirnmüdigkeit wurde nach weiteren 3 Monaten völlige Genesung erreicht. Das Körpergewicht hatte um 11 Kilogramm zugenommen. Man geht wohl nicht fehl in der Annahme, dass hier in der That eine Erschöpfungspsychose zum Abschluss gekommen war.

23. Krankenvorstellung. Katatonische Melancholie. Genesung nach 20 Monaten. (Taf. 18, Fig. 1 u. 2.) Der Kranke ist Kaufmann und hat früher in besseren Verhältnissen gelebt. Von Frau und Kindern hat er sich trennen müssen, um einen andern Erwerbszweig aufzusuchen, und hat dann während der letzten Zeit als Küper gearbeitet. Er soll dabei viel gegrübelt und über sein verfehltes Leben geklagt haben. Kurz vor seiner Ueberführung in die Anstalt sprang er in der Verzweiflung aus dem Fenster, ohne sich jedoch besondere Verletzungen zuzuziehen. Bei seiner Aufnahme zeigte er starke melancholische Verstimmung. „Es ist etwas mit mir vorgegangen, aber ich weiss nicht, was es ist.“ „Alle Andern können vergnügt sein, nur ich darf es nicht; das ist eine gerechte Strafe.“ Befragt, wofür er denn bestraft werde, weiss er nichts Rechtes anzugeben. Möglicherweise räche sich jetzt das Verlassen von Frau und Kindern, auch sei er kein rechter Christ mehr und mit der katholischen Religion, der er angehöre, zerfallen. Auch das Socialistengesetz bringt er mit sich in Zusammenhang. Er möchte diese störenden Gedanken selbst gern los sein, aber sie drängen sich ihm immer wieder auf.

Religiöse Wahnideen treten nun immer stärker in den Vordergrund Er habe gesündigt und sich an seiner Religion vergriffen. Seine Sünde sei so gross, dass er nun für alle Menschen mit büssen müsse Auch ein schlechter Staatsbürger sei er gewesen, deswegen geschehe ihm ganz recht, dass das Socialistengesetz, obgleich er nie Socialdemokrat gewesen, auf ihn besonders gemacht sei. Zugleich begann der Kranke, die Nahrung zurückzuweisen; er sei es nicht werth, zu essen. Er spricht fast gar nicht mehr, sondern zuckt statt der Antwort nur mit den Achseln. Die Zunge war dick belegt, starker Geruch aus dem Munde stellte sich ein und der Kranke magerte sehr ab.

Eine grosse Hydrocele, die den Kranken sehr zu belästigen schien, wurde durch Punktion entleert, und hiermit, etwa ein Vierteljahr nach seiner Aufnahme, vollzog sich eine sehr bemerkenswerthe Metamorphose in der Natur seiner Wahnideen. Der schwere Sünder wurde plötzlich zum Gottgesandten. Er ist ein übernatürliches

Wunderkind, von Gott ausersehen, die Menschheit zur römisch-katholischen Religion zurückzuführen. Zu den Nachfolgern des Apostels Petrus gehört er und wird nächstens den heiligen Stuhl besteigen. Der Bart möge ihm rasirt werden, da er von jetzt an geistlich geworden sei. Als Beweis dafür, schreibt er einmal, habe der liebe Gott das Wunder geschaffen, dass seine Gedanken von Ohr zu Ohr gingen, und hat dadurch die Ohrenbeichte verherrlicht, wodurch allein die Menschen der Sünden Vergebung erlangen können.

Merkwürdiger Weise entsprach diesen gehobenen Ideen nicht auch zugleich eine gehobene Stimmung. Dieselbe blieb vielmehr in hohem Grade leidensvoll und gedrückt. Aber er sucht nun dafür nach einer andern Erklärung als in seiner ersten sündhaften Periode. Durch Leiden müsse er sich würdig vorbereiten, Speise und Trank zieme ihm nicht mehr, 40 Tage lang werde er nur Wasser aus einem zinnernen Becher trinken. Er versucht dieses Programm auch thatsächlich durchzuführen, indem er beharrlich jede Nahrung zurückweist Er magert noch stärker ab und wird eine Zeit lang nur durch Clystire ernährt. Unter völligem Schweigen liegt er zu Bett mit verzückt gen Himmel gerichteten Augen, die Arme über der Brust gefaltet. Doch giebt er mitunter seine Wünsche und Ideen durch Bleistiftnotizen zu erkennen. Die gekreuzten Arme zeigen starke Flexorenspannung, überhaupt ist der Kranke nur schwer aus der einmal eingenommenen Lage herauszubringen, und jeder Hilfeleistung setzt er starken passiven Widerstand entgegen

Zu dieser Zeit fing der Kranke auch an, schriftlich die Idee zu äussern, nach dieser Leidenszeit würden seine Geschlechtstheile verschwunden sein. Sie hängt offenbar mit der innern Heiligung, Entsagung und Bedürfnisslosigkeit, die ihm als Gottgesandten zieme, zusammen, hat vielleicht auch eine erste Anregung durch die Hydrocelenoperation, welche die Aufmerksamkeit auf diese Theile besonders lenkte, erhalten.

In diesem Zustande, wie wir ihn hier sehen, verharrt der Kranke nun schon fast $^3/_4$ Jahre. Miene und Haltung tragen das Gepräge leidender, aber glaubensfreudiger Resignation und Entsagung, die Hände sind gefaltet, der Blick ist nach oben gerichtet, der Kopf leicht zur Seite geneigt. So sieht er, wenn der Vergleich erlaubt, dem gekreuzigten Heiland in der That nicht unähnlich. Nur die Ernährung hat sich in letzter Zeit etwas gehoben, die Zeit des tiefsten Verfalles liegt bereits hinter ihm.

Das Krankheitsbild bietet viel Interessantes und manche Probleme. Das Leiden begann mit einer mit Versündigungswahnideen und starkem körperlichen Verfall einhergehenden Melancholie, die ungefähr 4 Monate dauerte. Der alsdann erfolgende Umschwung betraf aber allein den Inhalt der Wahnidee, die ihren depressiven Charakter mit einem expansiven vertauschte, oder, wie man auch sagen kann, aus einer melancholischen Kleinheitsidee zu einer maniakalischen Grössenidee wurde. Stimmung und Ernährung aber folgten diesem Wechsel nicht. Die Stimmung blieb bis tief in die Rekonvalescenz hinein gedrückt. Höchstens dass man hätte sagen

können, sie war freudig im Ertragen von Leiden. Die Ernährung aber sank bei der fortdauernden Dyspepsie und der damit in Verbindung stehenden Nahrungsverweigerung immer tiefer, nämlich von 62 Kilogr. auf 42 Kilogr., also fast um ein Drittel. Dieser Verlauf ist jedenfalls ein abnormer, da sich an dem Umschwunge von Melancholie in Manie sonst gerade stets Stimmung und Ernährung in erster Reihe mitbetheiligen. Auch das möge noch als auffallender Zug mitgetheilt werden, dass der Kranke, der sich bisher immer noch hatte füttern lassen und nur schriftliche Aeusserungen von sich gegeben hatte, mit Bestimmtheit den Tag voraussagte, wo er wieder anfangen werde, zu essen und zu sprechen. In 40 Tagen werde es wieder der Fall sein, so lange habe ihm Gott noch zu leiden aufgegeben. In der That hielt er auch den Termin ein und von diesem Tage ab war auch äusserlich die Rekonvalescenz deutlich erkennbar und der Kranke nahm stark an Gewicht zu. Selbstverständlich ist hier ein kranker, wahnhaft geleiteter Wille thätig gewesen. Aber auffallend bleibt es immer, dass hiermit die krankhaften Symptome überhaupt erschöpft waren und die Willensrichtung, nachdem diese letzte Anstrengung gethan war, nunmehr wieder in gesunde Bahnen einlenkte. Nach 4 Monaten war die Rekonvalescenz vollendet und der Kranke konnte, nachdem er seit dem grössten Tiefstande 22 Kilogr. an Gewicht zugenommen hatte, nach zwanzigmonatlicher Krankheitsdauer entlassen werden. Bis jetzt ist kein Rückfall eingetreten.

2. Die katatonische Paranoia (Verrücktheit).

Katatonisch nennt man eine Paranoia nicht blos dann, wenn sie als sekundärer Schwächezustand aus einer primären katatonischen Psychose hervorgegangen ist, sondern auch, wenn zu dem klinischen Bilde der Paranoia überhaupt nur motorische Spannungszustände hinzutreten, was, wie wir schon gesehen haben, nicht selten der Fall ist.

Die Spannungen sind entweder tetanische oder kataleptische. Im ersten Falle werden wiederum Contractionen der Streck- und der Beugemuskeln unterschieden. Die Möglichkeiten sind auch hier sehr vielfach. Ein Kranker z. B. verharrt in gebeugter Haltung mit gebogenen Knieen und im Ellenbogen gebeugten Armen und ängstlicher Miene stundenlang auf einer Stelle, ohne sich zu rühren, starr gerade aus sehend. Befragt, antwortet er, er dürfe sich nicht rühren, weil er der Mittelpunkt der Welt sei und diese sonst aus den Fugen gehen müsse. — Eine Kranke hält andauernd, selbst in der Bettlage, den Kopf schief nach der einen Schulter herabgezogen. Eine organische Muskelverkürzung ist nicht vorhanden. Sie ist der Meinung, dass sie verzaubert sei, sie müsse den Kopf so halten, da es so bestimmt sei. — Hier verbinden sich also die Muskelspannungen direkt mit Wahnideen. Doch ist dabei wohl zu unterscheiden, dass die ge-

zwungene Haltung nicht etwa die Folge von Wahnideen und willkürlich vorgenommen ist, sondern dass sie in dem Krankheitsverlaufe das Primäre darstellt und die Wahnidee sich erst hinterher, gleichsam als Erklärungsgrund, dazu findet.

Sind die Muskelspannungen kataleptischer Natur (s. Kap. 6), was namentlich in der sekundären Paranoia und den Blödsinnsformen der Fall ist, so giebt sich kein so deutlicher Zusammenhang mit Wahnideen zu erkennen, vermuthlich, weil zwar die Veranlagung zur kataleptischen Starre, aber nicht diese selbst, den dauernden Zustand darstellt. Mitunter erweckt hier die Bewegungslosigkeit des ganzen Körpers und das Ausbleiben der Reaction bei passiven Bewegungen die Wahnvorstellung, gestorben zu sein.

Psychische Merkmale, aus denen auch ohne Zuhilfenahme der Muskelspannungen die Annahme einer katatonischen Paranoia (Verrücktheit) hergeleitet werden könnte, giebt es nicht.

Die pathologisch-anatomische Grundlage der Muskelspannungen ist noch ganz dunkel.

Die kataleptische Paranoia gehört zu den unheilbaren Formen. Ihr Ausgang führt in immer tiefere Verblödung.

Fünfzehntes Kapitel.

I. Die Psychoneurosen.

(Schluss.)

J. Das periodische Irresein.

Das periodische Irresein ist eine chronische constitutionelle Geisteskrankheit, bei der sich von scheinbar gesundem Untergrunde mit gewisser Regelmässigkeit nach bestimmten Intervallen eine typische Psychose erhebt, welche stets dieselbe Form darbietet und nach kürzerer oder längerer Dauer abläuft, um einer relativen Genesung Platz zu machen.

Das Leiden kommt vorzugsweise bei organisch oder erblich Belasteten vor, und eine genaue Untersuchung ergiebt gewöhnlich, dass auch in den freien Pausen seelische oder wenigstens nervöse Regelwidrigkeiten, z. B. Verstimmungen, Launenhaftigkeit, barocke Ideen, Verstandesschwäche u. s. w. vorhanden sind. In gewissem Sinne stellen deshalb die einzelnen Anfälle nur Verschlimmerungen eines bereits vorhandenen krankhaften Zustandes dar.

Die Anfälle erscheinen entweder typisch nach ganz bestimmten Zeiträumen, oder atypisch auf innere Reize oder Gelegenheitsursachen hin. Zu den innern Reizen, welche Anfälle auslösen, gehört namentlich die Menstruation.

Da Periodicität ein offenbar auf kosmisch-tellurischen Einflüssen beruhendes Gesetz alles Organischen ist, hat es an sich nichts Auffallendes, dass auch krankhafte Erregungen des Gehirns unter Umständen in dieser Form auftreten. Auch im gesunden Leben sind wir regelmässigen Tages- und Monatsschwankungen unterworfen. Wir achten nur nicht darauf, weil sie noch in der Breite der Gesundheit liegen und so schwach sind, dass sie unsere Aufmerksamkeit nicht sonderlich erregen. Aber bei einem belasteten, d. h. im Grunde schon erkrankten Gehirn kann die Reizschwelle und individuelle Toleranz so tief liegen, dass Schwankungen, welche nur wenig stärker, als die habituellen, zu sein brauchen, sie erreichen und überschreiten. Wahrscheinlich ist, dass das vasomotorische System auch hier eine Rolle spielt. So hat man die periodische Melancholie mit Gehirnanämie und die periodische Manie mit Gehirnhyperämie in ursächliche Verbindung gebracht.

Man theilt das periodische Irresein in idiopathisches, d. h. direkt vom Gehirn ausgehendes und in sympathisches, d. h. von peripheren Vorgängen ausgelöstes, ein.

Das idiopathische periodische Irresein trägt den Charakter einer Psychoneurose und verläuft demgemäss entweder als Affekt-Irresein, oder auf dem Gebiete des Vorstellungslebens unter delirösen Erscheinungen; oder endlich auf dem des Wollens und Strebens als triebartiges Handeln.

1. Die periodische Melancholie.

Die periodische Melancholie verläuft meist ohne Hallucinationen und Wahnideen als einfache Melancholia sine delirio. Die psychischen Hemmungserscheinungen sind stärker als der Affekt, sodass stuporöse Zustände vorgetäuscht werden können.

Die Betheiligung körperlicher Symptome pflegt sehr bedeutend zu sein. Man findet Gefässverengerung bei frequentem Puls, Kopfschmerz, Schwindel, neuralgische Beschwerden mancherlei Art, Magencatarrh mit Appetitlosigkeit und stark zurückgehender Ernährung, Schlaflosigkeit.

Die Dauer des einzelnen Anfalles kann 1 bis 6 Monate währen. Der endliche Ausgang in Schwächezustände ist nichts Seltenes.

2. Die periodische Manie.

Die periodische Manie zeigt mehr noch, wie die periodische Melancholie, die Merkmale organischer Belastung. Vorherrschend ist im Krankheitsbilde das gehobene Selbstgefühl, welches sich aber weniger in Lustgefühlen, als in Reizbarkeit und leichter Verletzlichkeit kundgiebt. Die Kranken glauben sich nicht genug beachtet, sie

klagen über Rücksichtslosigkeit, schlechte Behandlung. Man sei früher freundlicher gegen sie gewesen, aber schlage jetzt ein ganz anderes Verfahren ein, das man sich nicht erklären könne, da man doch nichts verbrochen habe. Obgleich solche Kranke häufig in Thränen sind, da sie sich verletzt fühlen, erweist doch die vorhandene Erhöhung des Selbstgefühls solchen Beeinträchtigungswahn nicht als melancholisch, sondern als zur Manie gehörig.

Auf dem Gebiete des Strebens ist die Neigung zu unsittlichem und unnatürlichem Verhalten bemerkenswerth. Beim weiblichen Geschlechte spielen geschlechtliche Erregungen eine nicht unwichtige Rolle. Sie geben sich hauptsächlich als Neigung zu Intriguen und sexuellen Verdächtigungen Anderer zu erkennen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind auch hier sehr hervortretend und zwar vornehmlich als Symptome der Gefässerweiterung, Herzklopfen, Kopfcongestionen, Vermehrung der Ausscheidungen. Daneben ebenfalls Schlaflosigkeit, Magenverstimmung und trotz zeitweiser reichlicher Nahrungsaufnahme starker Kräfteverfall.

Die Dauer ist von der der periodischen Melancholie nicht wesentlich verschieden. Der Abfall erfolgt plötzlich oder allmälig mit Hinterlassung eines kürzeren oder längeren Schwächezustandes.

Die Dauer der gesunden Zwischenzeiten, sowohl bei der melancholischen, als der maniakalischen Form ist ungemein verschieden, von wenigen Monaten bis zu einigen Jahren. Auch in ihnen erweisen gewisse Zeichen der Reizbarkeit und mangelnden Leistungsfähigkeit, sowie nervöse Beschwerden der verschiedensten Art, die psychopathische Belastung des Gehirns.

3. Das circuläre Irresein.

Das circuläre Irresein ist eine periodische Psychose, bei der im Anfalle nicht blos Melancholie oder Manie, sondern beide Formen nach einander auftreten (folie à double forme). Mitunter vervollständigt sich der Cyclus auch noch durch Tobsucht und hallucinatorische Schwächezustände mit Verworrenheit, Kothschmieren u. dergl. (folie circulaire). Zum Unterschiede von der einfachen periodischen Melancholie spielen hier häufig schon von Anfang an Hallucinationen eine wichtige Rolle.

Verlauf. Der Cyclus beginnt entweder mit Melancholie oder mit Manie. Die einzelnen Phasen gehen unvermittelt (alternirendes Irresein) oder durch eine Pause von kürzerer oder längerer Dauer unterbrochen in einander über.

Was die zwischen den einzelnen Krankheitsphasen und den Cyclen liegenden Pausen, die sogenannten lichten Zwischenräume

(lucida intervalla) anbetrifft, so muss hervorgehoben werden, dass sie nicht gleichbedeutend mit völliger Gesundheit sind. Nur die am meisten in's Auge fallenden Symptome, der Affekt und die ihn begleitenden Sinnestäuschungen und Wahnideen, sind zurückgetreten, sodass die Kranken gesund erscheinen. Aber der krankhafte Untergrund, von dem aus sich die akute Verschlimmerung jedesmal erhebt, die als persönliche Veranlagung zu bezeichnende Anfälligkeit, ist geblieben. Zum Wiedereintritt des Cyclus bedarf es übrigens keiner besonders starken äusseren Veranlassung. Schon nach dem Gesetze der Periodicität allein sinkt die Seele, d. h. in diesem Falle sinken Empfinden und Vorstellen unter die sonst gewohnte Reizschwelle, und nun genügen die schwächsten Reize, die sonst unbemerkt vorübergingen, den fälligen Anfall auszulösen. Wodurch die Seele unter die Reizschwelle sinkt, oder, was dasselbe sagen will, welches die den psychisch-periodischen Anfall begleitenden körperlichen, beziehungsweise Gehirnvorgänge sind, ob namentlich, wie Meynert annimmt, ein regelmässig wiederkehrender funktioneller Gegensatz zwischen Erregung des Vorderhirns und des Gefässcentrums (s. Kap. 13, D) eintrete, muss unerörtert bleiben.

Eine gewisse Apathie, Gleichgiltigkeit, Denk- und Urtheilsschwäche, kurz Zeichen der Gehirnmüdigkeit, kann man übrigens fast stets in den sogenannten freien Zeiten beobachten.

Die Dauer des Anfalls sowohl, als der Zwischenpausen, ist, wie bei dem einfachen periodischen Irresein, verschieden und währt von Wochen bis zu einem halben Jahre und länger. Die Lösung des Anfalles erfolgt oft ganz plötzlich, sodass der Kranke, welcher Abends noch getobt und Koth geschmiert hat, am andern Morgen genesen erwacht. Das Leiden selbst umfasst, wie das periodische Irresein überhaupt, oft ein ganzes Leben von der Jugend bis zum Greisenalter. Der vollständige Cyclus mit reinen Formen ist sehr selten.

Unter den Ursachen des circulären Irreseins nimmt Erblichkeit die erste Stelle ein. Nur Personen mit angeborener Anlage, die sich alsdann vor Allem in der Neigung zu Innervationsschwankungen, raschem Stimmungswechsel und Launenhaftigkeit äussert, werden befallen.

Der Ausgang ist häufig in psychische Schwäche, nachdem mit der Zeit die Anfälle länger, die Pausen kürzer und die Phasen verwischter geworden sind.

4. Das deliröse periodische Irresein.

Das deliröse periodische Irresein ist eine Bewusstseinsstörung, welche sich durch Benommenheit, mitunter bis zu völliger Bewusst-

losigkeit, Hallucinationen, Wahnideen wechselnden Charakters, aber meist beängstigenden Inhalts, und zwangsmässigen automatischen Bewegungen (Grimassiren, sinnloses unaufhörliches Wiederholen einzelner Worte) auszeichnet.

Der Ausbruch erfolgt meist plötzlich, die Dauer des Anfalles ist kurz.

5. Das triebhafte periodische Irresein.

Wollen und Handeln haben Vorstellung zur Voraussetzung. Auch dem krankhaften Handeln müssen Vorstellungen, wenn auch nur unbewusste, vorangegangen sein. Von einem Handlungs-Irresein darf man deshalb nur in dem Sinne sprechen, dass die krankhaften psychischen Erscheinungen, zwar nicht ausschliesslich, aber doch vorzugsweise auf dem Gebiete des Handelns auftreten, beziehungsweise hier sichtbar werden.

Das periodische Irresein erscheint hier hauptsächlich in Form krankhafter Triebe. Es giebt Individuen, bei denen der Trieb nach Befriedigung gewisser rein körperlicher oder seelisch-körperlicher Reize periodisch in krankhafter, Ueberlegung und gesunde Willenselemente gefangen nehmender Heftigkeit in Erscheinung tritt. Dies gilt nicht nur von dem Geschlechtstriebe und dem Anreiz zum übermässigen Genuss von Spirituosen, sondern es ist auch wahrscheinlich, dass bei besonders belasteten Naturen unkultivirte und verbrecherische Triebe, z. B. zur Vagabondage, zum Diebstahl, periodisch auftreten. Manches spricht sogar für die Existenz eines wahren periodisch auftretenden Mord- oder Lustmordtriebes, wobei man freilich nicht vergessen darf, dass es sich hier noch viel mehr, als bei dem einfachen periodischen Irresein, um schwer psychopathische Naturen handelt, und dass die sogenannten freien Pausen keineswegs gleichbedeutend mit gesunden Zeiten sind.

Am bekanntesten ist:

Die periodische Trunksucht (Dipsomanie). Sie äussert sich in dem periodisch, z. B. monatlich oder vierteljährlich oder noch seltener auftretenden unbezähmbaren Triebe nach unmässigem, bis zu völliger Betäubung fortgesetztem Trinken. Die Anfälle, d. h. die Zeit, welche bis zur völligen Bewusstlosigkeit erforderlich ist, währt wenige Tage bis eine Woche. Häufig gehen Zeichen von nervöser Reizbarkeit oder Schwäche voraus. Der Kranke wird matt, abgeschlagen, schlaflos, seine Stimmung verdüstert, seine Gedanken umnachten sich, er unterliegt ängstlichen Affekten. Zu diesen Zeichen der Melancholie gesellt sich alsdann der Drang nach Spirituosen, welche Schlaf- und Heilmittel zugleich darstellen. Mit dem Ziele völliger Berauschung ist die Krisis erreicht. Der Kranke erwacht aus seiner Betäubung



Fig. 1.
Katatonie mit Flexorenspannung.



Fig. 2.
Derselbe in ekstatischer Haltung.



Fig. 1.
Katatonie mit Flexorenspannung. Wahnideen der inneren Heiligung.



Fig. 2.
Derselbe nach erfolgter Genesung.

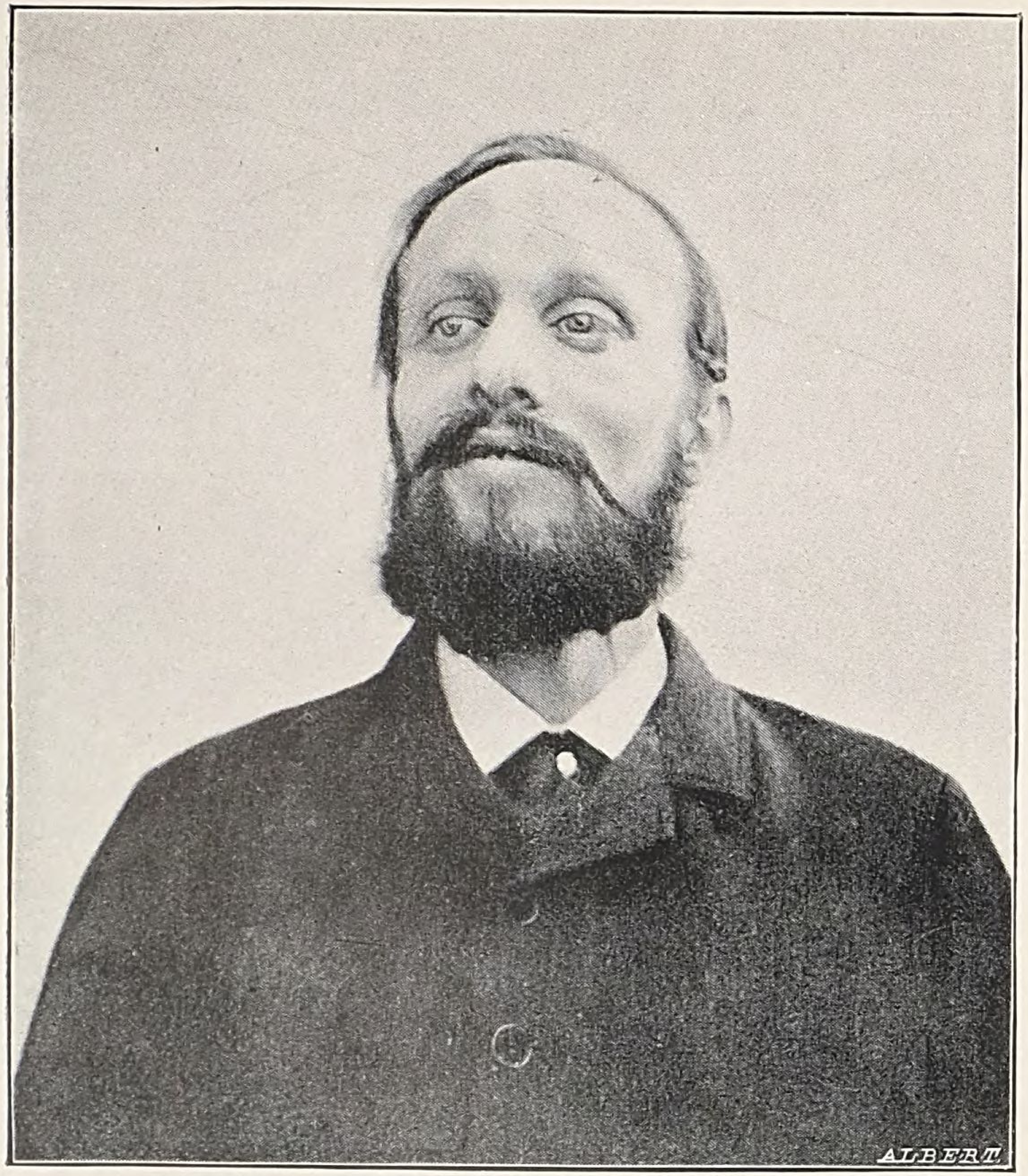


Fig. 1.
Periodische Manie.

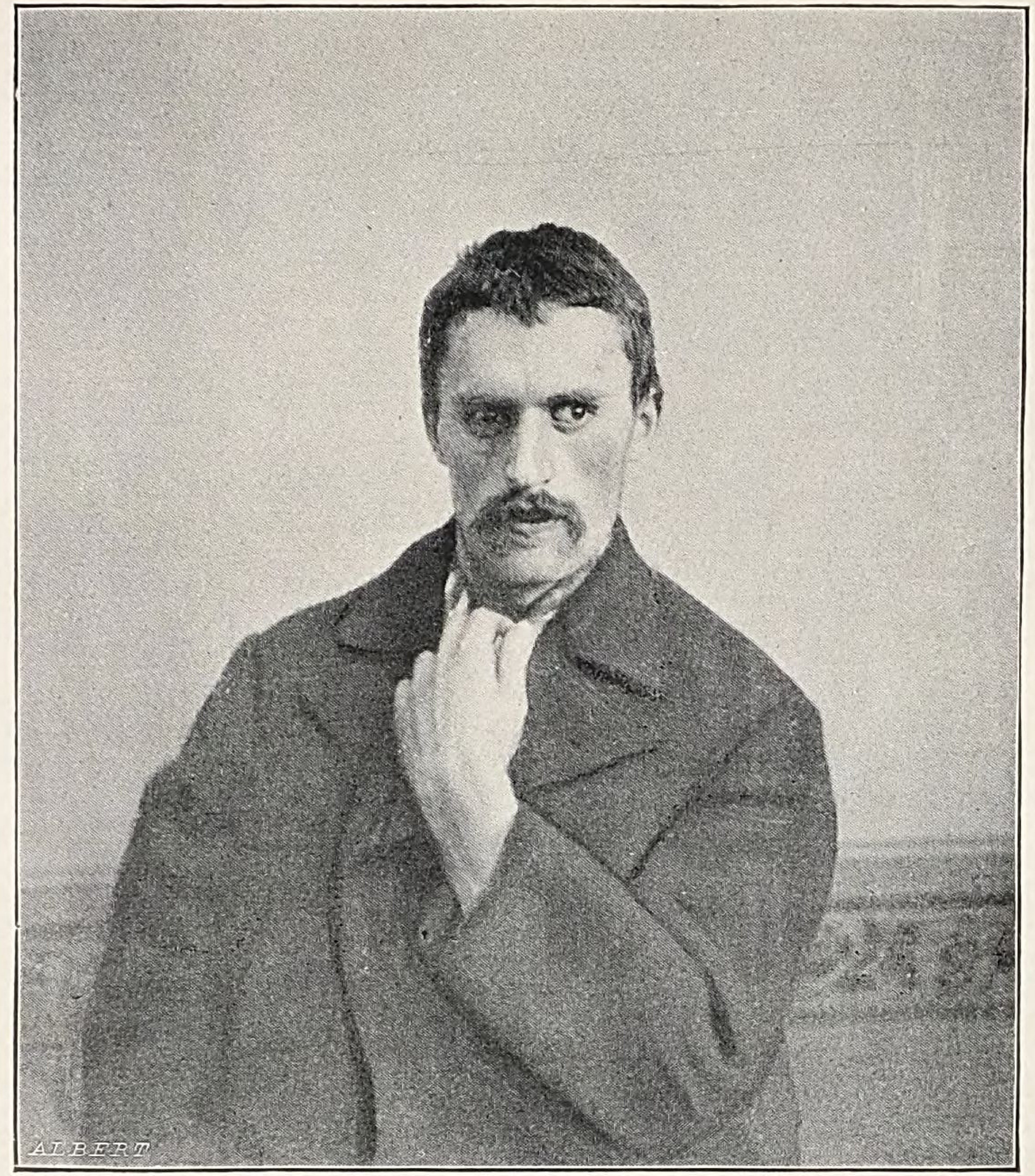


Fig. 2.
Postepileptischer Dämmerzustand.



Fig. 1.
Circulärer Irrsinn. Maniakalische Phase.



Fig. 2.
Dieselbe. Melancholische Phase.

als Rekonvalescent und schüttelt auch die alkoholische Dyspepsie bald ab. Darauf folgt verhältnissmässiges Wohlbehagen, bis der Höhepunkt der Verstimmung auf's Neue erreicht und ein neuer Anfall gereift ist. Ausserdem kommen unzweifelhaft auch Fälle vor, wo der Kranke ohne alle affektive Nöthigung durch unmotivirten primären Drang periodisch zur Flasche getrieben wird. Behinderung an der Ausführung kann alsdann zornige Tobsucht zur Folge haben.

Verlauf. Auch hier wiederholt sich das Gesetz, dass mit der Zeit die freien Pausen immer kürzer und die Anfälle immer häufiger werden. Der endliche Ausgang ist meist in chronischen Alkoholismus.

6. Das periodische menstruale Irresein.

Das periodische menstruale Irresein ist ein sogenanntes sympathisches oder Reflex-Irresein (s. Kap. 3), wobei die mit der Menstruation verknüpften Ovarialnerven-Reize höchstwahrscheinlich durch Vermittelung des vasomotorischen Systems auf das Gehirn übertragen werden. Auch hier handelt es sich um von vornherein veranlagte Individuen, bei denen die Reizschwelle so tief liegt, dass sie schon durch leichtere Gleichgewichtsschwankungen überschritten wird. Zum ersten Ausbruch bedarf es neben den Menstruationsvorgängen mitunter noch einer Gelegenheitsursache. Später genügen dann erstere allein, um Anfälle auszulösen.

Verlauf. Die Anfälle zeichnen sich durch ihren stürmischen Verlauf aus. Nachdem ihnen tagelang leichtere Beschwerden in Gestalt von Schlaflosigkeit, Kopfweh, Gemüthsreizbarkeit vorangegangen, bricht der Anfall meist plötzlich herein. Hallucinationen verschiedener Sinne, tiefe Bewusstseinsstörungen, mitunter bis zum Stupor, verschleiern die Sinne, zornige Tobsucht gesellt sich dazu und körperliche und geistige Ermattung ist das Ende.

Dic Anfälle treten entweder vor, während oder nach der Menstruation auf. Im ersteren Falle erlöschen sie häufig mit Eintritt der Menses. Sie pflegen von kurzer, oft nur tagelanger Dauer zu sein und können sich bei jeder Menstruation, oder, was häufiger der Fall ist, nach längeren Pausen wiederholen. Auch im chronischen Irresein, namentlich in der Paranoia und beim hysterischen Irresein kommen zur Zeit der Menstruation regelmässige periodische Verschlimmerungen vor. Die allgemeine Erregbarkeit steigert sich. Hallucinationen werden deutlicher vernommen und Zustände von leichter Verworrenheit und tobsüchtigem zornmüthigem Drange sind die Folgen.

Der Ausgang ist nur selten in relative Genesung, und zwar nach der Zeit der Katamenien, — häufiger in sekundäre Schwächezustände.

Unterscheidende Diagnose des periodischen Irreseins. Wenn man eine Beobachtungsreihe von mehreren typischen Anfällen zur Verfügung hat, so ist die Diagnose natürlich leicht zu stellen. Schwieriger ist es schon, zu erkennen, ob ein erstmaliger Anfall eine einfache Psychoneurose oder den Beginn eines periodischen Cyclus darstellt, oder auch, ob eine zweite Erkrankung als einfacher Rückfall anzusehen ist, oder nicht.

Hauptsächlich ist hier Folgendes zu beachten:

a) Das periodische Irresein trifft meist belastete Individuen. Genaue Anamnese und Untersuchung wird also häufig schon vor dem Beginn und nach dem Erlöschen eines Anfalles neuro- und psychopathische Symptome nachweisen können.

b) Die einzelnen Anfälle gleichen sich durchaus, was bei Rückfällen einfacher Psychoneurosen nicht ohne Weiteres zutrifft. Da der Kranke also einerseits in den Anfällen, andererseits in den freien Pausen ganz derselbe ist, so scheiden sich auf diese Weise gewissermassen zwei ganz von einander verschiedene geistige Persönlichkeiten.

c) Die einfache Psychoneurose unterscheidet sich von dem einzelnen Anfall des periodischen Irreseins durch ihre häufig viel längere Dauer.

d) Von der einfachen Manie unterscheidet sich die periodische durch ihr längeres Verharren auf der Stufe leichter Exaltation, während bei ersterer rascher Uebergang in Tobsucht die Regel bildet, — ferner durch vorwiegend reizbare Gemüthsverstimmung im Gegensatz zu der heiteren Ungebundenheit des einfach Maniakalischen, — und endlich durch noch stärkere Betheiligung der vegetativen Sphäre.

e) Das deliröse periodische Irresein könnte mit akuter hallucinatorischer Verworrenheit verwechselt werden. Die Diagnose wird hier hauptsächlich durch die Verschiedenheit der Symptome auf motorischem Gebiete gesichert. Bei der akuten hallucinatorischen Verworrenheit (s. Kap. 11, B) steht der Bewegungsdrang in unmittelbarer Abhängigkeit von den Hallucinationen und Wahnideen. Sie stellen meist zweckdienliche Bewegungen, z. B. zur Flucht, zur Abwehr u. s. w. dar. Bei dem delirösen periodischen Irresein dagegen zeugen die Bewegungen von einem selbstständigen Ergriffensein des motorischen Centrums, indem sie einen automatisch-zwangsmässigen Charakter an sich tragen.

24. Krankenvorstellung. Periodische Manie. (Taf. 19, Fig. 1.) Der Kranke, ein jetzt 32jähriger Mann, ist gelernter Gärtner

und jetzt schon zum 8. Male in der Anstalt. Er ist erblich belastet und in der Schule nur schlecht mit fortgekommen. Doch tritt jetzt Schwäche des Verstandes nicht in den Vordergrund. Der erste Anfall traf ihn im 16. Lebensjahre, und seitdem haben sich die Anfälle periodisch wiederholt. Alle 2 Jahre etwa kehrten sie wieder und hielten alsdann einige Monate bis ein Jahr lang an. In den Zwischenzeiten geht der Kranke seinen Geschäften nach, ohne auffällige Erscheinungen darzubieten, und pflegt sich, sobald er die Vorboten des Anfalles merkt, freiwillig in der Anstalt einzufinden.

Der Anfall beginnt jedesmal mit Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen, die jede Thätigkeit zur Unmöglichkeit machen. An Stelle der Kopfschmerzen tritt bald Aufregung, Ideenflucht und gehobenes Selbstbewusstsein, womit die Höhe der Manie erreicht ist. Regelmässig stellen sich alsdann in weiterem Verlaufe des Anfalles noch Beeinträchtigungsideen ein. Der Kranke hat alsdann zahllose Klagen und Beschwerden über die Pfleger anzubringen, denen er alle möglichen Schlechtigkeiten und Schändlichkeiten andichtet und von denen er den einen oder andern geradezu mit krankhaftem Hasse verfolgt. „Treffe ich den V. einmal allein,“ äusserte er sich, „so schlage ich ihm mit einer Hacke den Schädel ein.“ Als er von dem inzwischen erfolgten Tode eines Pflegers hörte, sprach er seine besondere rachgierige Befriedigung darüber aus. In die anfallsfreien Zeiten wird von diesen Beeinträchtigungsideen und feindseligen Gefühlen Nichts mit herübergenommen. Der Kranke bedauert dann jedesmal sein Verhalten, bittet um Verzeihung und sucht sein vermeintliches Unrecht durch allerhand Liebenswürdigkeiten wieder gut zu machen. — Die Stimmung ist meist anhaltend maniakalisch, nur selten und durchaus nicht regelmässig durchsetzen kurze Episoden von Präcordialangst den gleichmässigen Ablauf des krankhaften Affektes. Die Lösung erfolgt nicht plötzlich, sondern langsam unter allmäligem Abklingen des hochgestimmten Bewusstseins. Das Körpergewicht fällt regelmässig mit Beginn des Anfalles, erreicht nach etwa 3 Monaten seinen Tiefstand und fängt dann wieder an zu steigen, sodass mit vollendeter Genesung oft mehr als das Doppelte des Verlustes wieder eingeholt worden ist. So betrug im letzten Anfalle das Anfangsgewicht im Februar 53 Kilogramm, im März 48 und bei der Entlassung im August 68,5 Kilogramm.

Wir sehen den Kranken, einen sonst robusten gesunden Mann, im maniakalischen Höhestadium. Die lächelnd verzogene Miene drückt Heiterkeit und Selbstüberhebung aus, die Haltung ist strack und starr, der Kopf „in den Nacken geworfen“.

25. Krankenvorstellung. Circuläres Irresein (Taf. 20, Fig. 1 u. 2.) Als sechzehnjähriges Dienstmädchen wurde die Kranke zum ersten Male befallen Erbliche Veranlagung hat allerdings nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden können, doch ist sie trotzdem wahrscheinlich. Die Entwickelung war zurückgeblieben, das körperliche und geistige Wachsthum gehemmt. Seitdem ist die jetzt 30jährige Kranke schon zum 8. Male in der Anstalt. Die Anfälle

erfolgen ziemlich regelmässig jedes zweite Jahr und pflegen $^3/_4$ bis 1 Jahr anzuhalten, doch ist der Wechsel kein ganz regelmässiger und auch die Dauer der anfallsfreien Pausen ist verschieden bemessen. Der Anfall beginnt jedesmal mit Manie, unter deren psychischen Elementen Ideenflucht, Heiterkeit und motorischer Bewegungsdrang besonders hervortreten. Grössenideen kommen nicht vor. Nachdem die von der Umgebung meist nicht beachteten kurzen Vorboten, nämlich Reizbarkeit und Schlaflosigkeit, vorüber sind, bricht gewöhnlich sofort die maniakalische Tobsucht aus. Die Kranke lacht, schreit, singt, zerreisst ihre Kleider, und wirft die Speisen im Zimmer herum. Dieser Zustand der Aufregung wird nach etwa vierteljähriger Dauer durch das Stadium der Depression abgelöst, in dem wir jetzt die Kranke sehen. Die Miene trägt die bekannten Züge der Melancholie, horizontal gefurchte Stirn, Vertiefung der Nasen-Lippenfalten, apathischen leidenden Gesammtausdruck, die Haltung ist gebeugt Wahnideen kommen in keiner der beiden Phasen zum Ausdruck. In der melancholischen Phase ist auch der Affekt wenig hervortretend, nur wehleidige Klagen verschiedener Art über schlechtes Befinden werden gelegentlich, wenn auch selten, geäussert Nach wiederum etwa vierteljähriger Dauer und nachdem noch ein kurzes Stadium der Verworrenheit gefolgt ist, leitet sich die Rekonvalescenz ein Vom Beginn der maniakalischen Phase an bis zur Rekonvalescenz ist das Körpergewicht in stetigem Sinken begriffen, um alsdann wieder in typischer Weise anzusteigen.

Bemerkenswerth erscheint es, dass die Rekonvalescenz jedesmal nur eine unvollkommene wird, dass namentlich die Gemüthsstimmung nicht normal wird, sondern aufs Neue maniakalische Züge gewinnt. Dieselben treten zwar nur auf der Oberfläche, aber doch deutlich erkennbar hervor. Die Kranke verhält sich ruhig und geordnet, arbeitet fleissig und ist sogar im Stande, einen leichten Dienst anzunehmen. Aber sie zeigt Neigung zum Schwatzen und putzt sich gern, wobei sie sich in der Auswahl der schmückenden Gegenstände nicht wählerisch zeigt. In diesem leichten hypomanischen Zustande präsentirt sich uns hier die Kranke zum zweiten Male. Der Unterschied des physiognomischen Ausdruckes mit dem der melancholischen Phase ist beträchtlich und sofort in die Augen springend.

10. Krankenskizze. Periodische Manie mit Unlustgefühlen. Ein 44jähriger tüchtiger und angesehener Kaufmann befindet sich bereits zum 5. Male in der Anstalt, nachdem er verschiedene leichtere Anfälle ausserhalb derselben durchgemacht hat. Er ist von kräftiger Statur und guter Ernährung, seine inneren Organe lassen keine Abnormität erkennen. Der Anfall beginnt regelmässig mit wehleidigen Klagen, mit Vorwürfen gegen die Angehörigen, mit Zornausbrüchen und Thätlichkeiten. Das letzte Mal hat er seine Frau, eine zarte, feingebildete Dame, in roher Weise geschlagen. Der Kranke liegt ganz zerknirscht im Bett, weint und

bittet um Vergebung. Doch ist etwas Gemachtes in seiner Stimmung, sie kommt nicht ganz natürlich heraus, seine Bitten werden in einem Tone geäussert, als wolle er damit zeigen, wie unglücklich er sei, wie er leiden müsse und dass er nun seinerseits auch Alles gethan habe, um sich das wohlverdiente Mitleid zu erwerben. Sein Verhalten hat etwas Theatralisches und Gesuchtes. Er wird beobachtet, wie er sich vor dem Spiegel schmerzliche Attituden einübt. Eines Morgens empfängt er den Arzt mit den Worten: „Hebe dich von mir, Scheusal!" Als ihm die Wiederholung solchen Betragens ruhig aber entschieden untersagt wird, wird er verlegen und versucht es auch nicht wieder. An seine Frau richtet er einen Brief folgenden Inhalts: „Innig geliebte Marie! Sonntag ist's, das feierliche Geläute der Glocken ist verstummt, der wahre, gute Christ in der Kirche, um zu dem allmächtigen Gott zu flehen und Trost und Vergebung zu erbitten. Es ist der dritte Sonntag, den ich fern von Dir, theure Frau, von Euch, Ihr meine so innig geliebten Kinder, zubringen muss. Möge auch mir der gute Vater im Himmel, zu dem ich stets so inbrünstig bete, mir die Kraft verleihen, Dir und unserer Familie erhalten zu bleiben, damit wir wieder glücklich werden können. Ja, theure Marie, ich habe sehr schwer, ja sehr schwer gefehlt. Ich war sehr krank, ohne es selbst eingestehen zu wollen, ich hatte das Vertrauen zu Freunden, die es so gut mit uns meinen, verloren und das allein ist die Ursache, dass ich mich so vergessen. Ich habe es eingesehen, wie es zu spät war, wie ich meine Nervenaufregung nicht mehr zu dämpfen im Stande war. O, gute Frau, verzeihe auch Du mir, Deinem so unglücklichen, schwergeprüften Manne, was er Dir, der Mutter, den Kindern, mit einem Worte allen, die uns nahe stehen, zu Leide gethan, verzeihe den Kummer, den ich Euch bereitet und erhalte mir die treue innige Liebe, die ich Dir stets bewahrt.

Die letzte Nacht, die ich bei Dir war, wollte mir das Herz brechen, ich sehe mein Unrecht ein, doch es war zu spät. Wie ich aus Deinen Armen gerissen wurde, den Schmerz Dir zu schildern, ist vergeblich, ich habe schrecklich gelitten. Nach einigen Tagen kehrte erst meine volle klare Besinnung hier zurück. Ich habe die Aerzte um Verzeihung gebeten, ich habe Alles erkannt, wie nothwendig es war, dass ich gründlich geheilt wurde, ich habe alle meine Fehler eingesehen und werde fortfahren, mich zu bessern.

Man hat mir verziehen, möge man überall Nachsicht mit meinen Fehlern haben, es soll an mir nicht liegen, wenn sich Jemand durch mich gekränkt fühlt. Ich bin hier in guter Hand, bin unter Freunden, die es gut mit mir meinen, bin ruhig und ergeben und

habe Vertrauen. Nur die Wehmuth, noch fern von Dir, von meinen Kindern, von Euch Allen, an denen ich mit ganzer Seele hänge, zu sein, drückt mich nieder und das kann ich nicht ertragen, das ist auch zu hart. Der Vater hat nur Freuden des Herzens bei seinen Kindern, der Mann bei der treuen, guten Frau, nur dort ist der Himmel. Endlich muss mein armes Herz mal Ruhe haben, um als wirklich guter Mensch, als braver Bürger, als glücklicher Vater zurückkehren zu dürfen. Gott möge mein Gebet erhören, die Menschen mir verzeihen.

Alles überlasse ich Dir, — o stosse mich nicht von Dir, habe Mitleid mit mir, hab Erbarmen; in diesem einen Worte liegt Alles. Die Herren Aerzte, die meinen Zustand ja so genau kennen, werden mich bald entlassen, ich weiss mich zu beherrschen, und mehr kann man nicht verlangen. Möge man doch bedenken, was ich die langen Jahre durchgemacht habe, was es heisst, so oft von der Familie getrennt leben zu müssen, kann man nicht einmal Unrecht thun? Für des Leibes Nahrung und Nothdurft ist hier ja gesorgt, aber was ich entbehren muss, davon hat nur der einen Begriff, der ein so glückliches Familienleben geführt, wie ich. Ich entbehre unendlich viel, bin aber bescheiden, dankbar für Alles. Mehr kann ich nicht sagen. Mir fehlt ja Alles, was meinem Herzen so nahe steht, nur des Nachts, im innigen Gebete zu unserem Schöpfer, bin ich so glücklich, nur das ist der rechte Seelenfrieden, das ruhige Gewissen.

Drücke die Kinder innig an Dein treues Mutterherz, dem Vater wird es wohl bald wieder verstattet werden. Ich bleibe standhaft, denn ich nehme es dieses Mal ernster, als je. Gott möge mir die Kraft verleihen. Gott segne uns Alle! Meine armen, guten Kinder betet für mich, der Vater fleht für Euch von hier aus um baldiges Wiedersehen.“

Nach einigen Wochen war der Anfall wieder vorüber und der Kranke konnte, relativ genesen, das Haus verlassen. Doch gab er sein Geschäft auf und trennte sich von seinem Compagnon.

Zieht man das schmerzliche, wehleidige Gebahren des Kranken, seine Thränen und wehmuthsvollen Klagen in Betracht, so könnte man versucht sein, den Fall für eine periodische Melancholie zu halten. Aber für die Annahme einer solchen fehlt gerade die charakteristische Trias der Melancholie, nämlich depressive Verstimmung, psychische Hemmung und Kräfteverfall. Dass psychische Hemmung vorliege, dafür sprechen überhaupt keinerlei Symptome, namentlich der mitgetheilte Brief lässt Nichts davon erkennen. Auch die Ernährung blieb gut und das Körpergewicht schwankte nur in sehr

engen Grenzen. Die krankhafte Verstimmung endlich war im Grunde keine depressive, sondern eine expansive. Der Kranke ist fest von seinem inneren Werthe überzeugt. Nur Schade, dass Andere, namentlich seine Frau, seine Vorzüge nicht auch stets in gleicher Weise zu würdigen vermögen Denn dann giebt es Vorwürfe, Streit, zornige Aufregung und der gebildete Mann vergisst sich soweit, seine Frau zu schlagen. Aus der Tiefe des Bewusstseins taucht trotzdem die dunkle Idee auf, dass nicht Alles in Ordnung sei, dass man krank sein müsse und Mitleid verdiene. Man fordert dieses Mitleid als ein Recht und sucht es sich, wo es scheinbar nicht reichlich und offen genug gespendet wird, durch allerhand Künste, einstudirten Schmerz und klagenden Pathos zu erschleichen. Der Brief ist ein Muster schönfärberischen Selbstlobes. Man hat ja gefehlt, gewiss, aber welcher Mensch, so lässt man durchblicken, thäte das nicht. Und wie edel und mit wie lobenswerther Offenheit wird es nicht eingestanden Man bittet um Mitleid, verdient aber eigentlich Bewunderung, seiner höchst edlen Gefühle wegen, denen man sich bemüht, auch einen entsprechend schönen Ausdruck zu geben. Jetzt hat man ganz und gar das Seinige gethan, wenn es jetzt nicht gehen will, so trägt man beileibe nicht selbst die Schuld, sondern die Andern.

Diese Kennzeichen stempeln den Fall zur Manie. Die zornigen und wehmüthigen Stimmungen, zwischen welchen Extremen das Gemüth hin und herschwankt, sind der Ausdruck des Unbehagens darüber, dass die eigene Werthschätzung nicht in demselben Maasse auch von Andern getheilt wird.

11. Krankenskizze. Periodische Manie mit Tobsucht. Ein 48jähriger Kaufmann, sehr gebildet, als ausserordentlich tüchtiger Geschäftskenner geschätzt, wird zum 8. Male in der Anstalt verpflegt. Er ist von hoher, schlanker Figur, mager, von mittelmässiger Ernährung, aber sonst gesund. Sein Benehmen in gesunden Tagen ist artig und verbindlich, wenn auch zurückhaltend und reservirt. Die Miene nimmt leicht etwas Abweisendes an, der Kopf wird hoch getragen. Er ist ein Mann von festen Sympathieen und Antipathieen in persönlichen Beziehungen sowohl, als auch in politischen und religiösen Dingen. Vor Allem hasst er die katholische Kirche und die Jesuiten, nicht minder aber auch die evangelische Orthodoxie, und überträgt dies leicht auf Personen. Er ist sehr belesen, namentlich in den Dichtern, und dichtet auch selbst nicht ohne Erfolg.

Die Anfälle erfolgen nicht regelmässig der Zeit nach, sind auch sehr verschieden nach Stärke und Dauer. Der erste erfolgte im

Alter von 31 Jahren und hat sich seitdem mit ein-, zwei- oder dreijähriger Pause wiederholt. Sie pflegen mit Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und Unruhe zu beginnen. Meistens schwindet dabei rasch die äussere Besonnenheit und Krankheitseinsicht und der Kranke muss unter Anwendung von Gewalt und mit polizeilicher Hilfe der Anstalt zugeführt werden. Doch ist es auch vorgekommen, dass er selbst noch rechtzeitig, d. h. ehe es zu öffentlichem Aergerniss kommt, Hilfe nachsucht Meist pflegt die Sache so zu verlaufen, dass der Kranke, nachdem die oben geschilderten Vorboten einige Tage angehalten, Briefe an hiesige Geistliche schreibt, worin er sie beleidigt, verspottet oder zu belehren sucht. Oder er macht ihnen zu demselben Zwecke auch persönliche Besuche. Beherrschen gerade die Jesuiten seinen Vorstellungskreis, wie dies bei der letzten Wiederholung, als von der Aufhebung des Jesuitengesetzes gesprochen wurde, der Fall war, so beschimpft er wohl auch angesehene katholische Mitbürger durch Reden oder beleidigende Gesten. Darauf erfolgt dann häufig bald eine schwere Tobsuchtsscene in einem öffentlichen Lokale und hiermit zugleich die Ueberführung in der Anstalt. Im Allgemeinen kann man mildere und schwerere Fälle unterscheiden. Wohin sich die Waage neigt, ist nicht allein von der Summe der einzelnen Erregungsmomente, sondern auch von dem Umstande, ob rechtzeitig eingeschritten wird, oder nicht, abhängig. Der Kranke selbst sucht im Anfange seiner Erregung jedesmal Meister zu werden und kämpft dagegen an, so gut er kann. Wird ihm durch Versetzung in die Anstalt rechtzeitig Hilfe gebracht, so glätten sich die Wogen und kehren bald in ihr gewohntes Bett zurück. Ist der richtige Zeitpunkt aber einmal versäumt, so reissen alle Dämme und es bricht eine schwere Katastrophe herein

Als Typen der schweren und der leichten Form mögen der erste und der letzte Anfall dienen.

Der erste Anfall begann mit den oben geschilderten Vorboten, denen sich die maniakalische Verstimmung unmittelbar anschloss. Es war hierbei bemerkenswerth, dass sich der Affekt nicht in heiterer Stimmung, erhöhtem Wohlbefinden und motorischem Drange, sondern zunächst lediglich in Grössenwahn kundgab. Der Kranke ging mit unsäglich stolzer und verachtungsvoller Miene herum, verbot seiner Mutter und Schwester, mit denen er als Junggesell zusammenlebt, mit ihm zu sprechen, da sie dieser Ehre nicht würdig seien, und sprach nur in kurzen, abgerissenen Sätzen und Befehlen oder in dunklen Andeutungen seiner bedeutenden Mission. Dazwischen macht sich die innere Erregung durch lautes Citiren

von Dichterstellen Luft. Doch die Unruhe steigerte sich, und nachdem der Kranke eine ganze Nacht laut deklamirend in seinem Zimmer hin- und hergeschritten war, brach am anderen Morgen die Tobsucht aus. In diesem Zustande wurde er der Anstalt übergeben. Er betrat dieselbe mit der Miene des triumphirend Leidenden, als wolle er sagen: Ihr wisst nicht, was Ihr thut, die Welt wird es später erkennen. Er ist gross, schlank und muskulös, die Miene ist gespannt, aus den Augen sprüht ein unheimliches Feuer. Noch bewahrt er seine äussere Haltung, aber kaum ist er zu Bett gebracht, so springt er auf, zerreisst sein Hemd und schreit: „Ich bin Christus, Mohamed und Moses in einer Person!“ Er zertrümmert einen Stuhl und brüllt zum Fenster hinaus. — Am andern Morgen hat sich, nachdem in der Nacht einige Stunden Schlaf erzielt worden waren, die Aufregung schon bedeutend verloren. Grössenideen mischen sich mit zurückkehrender Krankheitseinsicht: „Ich bin wahnsinnig,“ ruft er, „aber wie König Lear, ich habe einen königlichen Wahnsinn.“ Nach weiterer Abschwächung der Grössenideen und Rückkehr der Besonnenheit kommen erotische Tendenzen zum Vorschein. Der Kranke war verlobt. Aber im Vordergrunde seines Interesses stand nicht die Braut, sondern eine andere junge Dame seiner Bekanntschaft, von der er, übrigens ganz irrthümlich, glaubte, dass sein Benehmen sie zu Hoffnungen berechtige und dass sie nach ihm schmachte. Er verlangte, sie zu sehen, besang und bedichtete sie und schrieb unzählige Briefe voller „Erklärungen“, war übrigens ganz zufrieden damit, dass sie nicht abgeschickt wurden, da er immer noch etwas Wichtiges hinzuzusetzen hatte. Allmälig trat auch diese Hochfluth zurück, sein Thätigkeitsdrang fing an, sich auch in anderen Schreibereien, namentlich in Briefen und kleinen Gedichten an den Direktor, worin er seine Tages- und inneren Erlebnisse in oft satyrischer, aber auch schwächlich-kindischer Weise zum Besten gab, zu äussern. Nach 6 Wochen war die Rekonvalescenz beendet. — Das Verlöbniss löste sich auf. Das platonische Verhältniss zu der anderen jungen Dame wurde seinerseits noch eine Zeitlang festgehalten und spielte namentlich in den Anfällen der nächsten Jahre noch immer eine Rolle. Allmälig aber ist es ebenfalls ganz abgeblasst und tritt nicht mehr erkennbar an die Oberfläche.

Mit der hochmüthig-zornigen Form der Manie haben die Anfälle fast stets begonnen. Nur einmal wurde die Scene heiter und zugleich tragikomisch eröffnet. In expansiven Glücks- und Beglückungsgefühlen geht der Kranke zu einem sehr angesehenen, ihm persönlich übrigens nicht bekannten Geistlichen, um ihn seiner Hoch-

achtung und Uebereinstimmung zu versichern. Nach einem aufgeregt geführten Gespräche, während dessen der artige Wirth wie auf Kohlen sitzt, fordert der Kranke zu einem Spaziergange auf, den der Geistliche, ein kleiner Herr von zarter Figur und etwas ängstlicher Haltung, zugleich auch in der Hoffnung, auf diese Weise vielleicht den lästigen Besucher am besten los zu werden, nicht abzulehnen wagt. Am Ufer des Flusses angekommen, wird, wiederum auf Andrängen des Kranken und trotz aller Proteste, ein Boot bestiegen, das dieser rudert Auf der Mitte der ängstlichen Fahrt entkorkt der Kranke plötzlich eine Flasche Wein und nöthigt seinen Gefangenen mit ihm „auf dem freien deutschen Strome" Brüderschaft zu trinken. Doch sind Beide ohne Unfall nach Hause gelangt. — Der letzte Anfall begann damit, dass der Kranke auf der Börse katholische Mitbürger in auffallender und beleidigender Weise fixirte. Um einem schweren Ausbruche vorzubeugen, wurde polizeilich die Ueberführung in die Anstalt angeordnet. Der Kranke zeigt einen mässig starken Affekt, den er vorzüglich zu beherrschen versteht. Die Gesichtszüge sind gespannt, der Blick ist scharf und stechend, die Sprache deutlich und langsam, jedes einzelne Wort scheint wohlüberlegt Im Laufe der Unterhaltung ändert sich der Gesichtsausdruck gar nicht, nur ein Aufblitzen der Augen verräth gelegentlich die innere Erregung. Der Kranke giebt an, er sei durch die zu erwartende Vorlage der Wiederzulassung der Jesuiten erregt worden. Er glaube zwar selbst nicht, dass die Vorlage durchgehen werde, aber man könne nicht wissen, was sich ereigne, und über die Jesuiten müsse Jeder in Erregung gerathen. Auf der Börse habe er durchaus keinen Skandal provocirt, sondern seiner Erregung nur durch schnelles Auf- und Abgehen und scharfes Fixiren von Katholiken Luft gemacht. Allerdings würde er, wenn es noch länger gedauert hätte, sich nicht mehr haben halten können und den Katholiken zugerufen haben: „Nieder mit den Jesuiten!" Dabei springt er auf und brüllt die Worte dem Arzte mit Leibeskräften in die Ohren. Gestern auf der Börse habe er allerdings geglaubt, der Kaiser würde jeden Augenblick hervortreten, jetzt sehe er ein, dass dies krankhafte Erregung gewesen. Trotzdem sei seine Ueberführung in die Anstalt unnütz und ungerecht, da er schon wieder ganz beruhigt sei. — In der That hielt sich der Kranke vollkommen ruhig und dokumentirte seinen maniakalischen Zustand nur durch die gewohnten zahllosen Schreibereien. Nach 8 Tagen wurde er schon entlassen und beschenkte uns beim Abschiede noch mit folgendem hübschen und tiefempfundenen Gedicht:

Weihnachtsabend im Irrenhause.

Im erleuchteten Saale
Hell und prächtig
Brannte der Christbaum,
Und ihn umstanden
Gesunde und Kranke.
Da ergoss sich mildes Erbarmen
Ueber die Weltverstossenen,
Weltverlassenen,
Todtlebendigen.
Schuld und Reue verblassten,
Hass und Liebe kämpften,
Und es siegte die Liebe.
Und der Stern ging auf der heiligen Nacht.
In der Zerschlagenen Herzen
Fiel sein Strahl,
Und es regte der Funke sich,
Der die Seele erwärmt
Im Gesange,
Leise erst und verhalten,
Muthiger dann und erhoben,
Weinend halb, halb jauchzend
Drang aus der Brust,
Drang aus den Kehlen zum Himmel:
„Ehre sei Gott in der Höhe,
Und Friede auf Erden!"
So tönt's hinein in den Jubel.
Bei der Bescheerung
In den fröhlichen Mienen,
In den glänzenden Augen
Kindlich frohlockender Irrer
Wiederaufgehn sah' ich den Stern der heiligen Nacht,
Den leuchtenden Stern
Der ewigen Liebe.

12. Krankenskizze. Triebhaftes periodisches Irresein. Ein gesundes kräftiges, aber erblich belastetes und in der Intelligenz etwas zurückgebliebenes Mädchen von 30 Jahren. Sie ist einfach, aber gut erzogen und hat im Hause ihrer verwittweten Mutter ein ihren Verhältnissen angemessenes Heim, wenn sie auch genöthigt ist, ihren Lebensunterhalt mit verdienen zu helfen. Dies fällt ihr nicht schwer, da sie eine geübte Nätherin ist. Sie ist in der That auch fleissig und führt für gewöhnlich einen ruhigen, gesitteten und ordentlichen Lebenswandel Liebschaften hat sie nicht und Tanzböden pflegt sie nicht zu besuchen. Doch etwa alljährlich treibt es sie mit unwiderstehlicher Gewalt aus dem Hause auf die Gasse und in den Koth. Sie vagabundirt herum, miethet

sich wohl auch eine andere Wohnung und prostituirt sich. Nach einigen Monaten ist der Anfall vorüber und die Kranke kehrt reuevoll zur Mutter zurück oder nimmt einen angemessenen Dienst an.

Mehrfach ist sie deshalb schon in die Anstalt gebracht worden und hat ihr einige Zeit, bis wieder normale Strebungen eingetreten, angehört Es hat sich dabei herausgestellt, dass dem Anfalle Vorboten, wie bei anderen Psychosen, auch namentlich Schlaflosigkeit, vorauszugehen pflegen. Die Kranke zeigt Ruhelosigkeit im äusseren Verhalten, schwatzt und schimpft, verleumdet und intriguirt. Das Gesicht ist geröthet, das Auge glänzend, der Blick unstät; die Miene zeigt einen lüsternen Ausdruck. Der Inhalt ihres Gespräches ist meist albern und zum Theil unzusammenhängend, auch laufen Obscönitäten mit unter. Sie ist unverträglich, leicht beleidigt und rächt sich dann durch Schimpfereien. In der Ruhe und unter der Anstaltsdisciplin treten die heftigsten Erscheinungen bald zurück und nach wenigen Monaten ist mit der Wiederkehr der gesunden Charakterzüge auch das normale Verhalten wieder hergestellt. Ein Zusammenhang der Anfälle mit der Menstruation hat sich nicht feststellen lassen.

Wir sehen hier ein periodisches Irresein, das besonders stark auf dem Gebiete des Handelns hervortritt und einen triebhaften Charakter zeigt. Doch ist hier der Zusammenhang mit der Erkrankung der Vorstellungs- und Gefühlswelt deutlich erkennbar. Die Kranke empfindet auch abnorm, namentlich sind die Gefühle der Schicklichkeit und Moral verdunkelt und die Stimmung darf als eine gehobene d. h. maniakalische bezeichnet worden.

13. Krankenskizze. Circuläres Irresein. Ein altes Fräulein, die im Alter von zweiundneunzig Jahren starb, hatte schon seit ihrem zwanzigsten Lebensjahre, also über siebzig Jahre, mit geringen Unterbrechungen in der Anstalt zugebracht. Der Cyclus wiederholte sich hier mit grosser Regelmässigkeit alle Jahre, dauerte etwa ein halbes Jahr und machte dann relativer Genesung Platz. Ganz plötzlich, nachdem noch eine anscheinend ruhige Nacht vorübergegangen war, brach der Anfall aus. Die Scene begann jedesmal damit, dass die sofort schon in hoher maniakalischer Erregung befindliche Kranke auf der Visite mit stolzer Miene an den Arzt herantrat und die Frage an ihn richtete: „Sind Sie der König von Holland in höchsteigener Person?“, worauf sie verlangte, gekrönt zu werden. Allmälig, d. h. nach etwa drei Wochen, ging die Manie in Melancholie über. Die Kranke klagte, dass man ihr ihre Krone geraubt habe. Wiederum einige Zeit darauf traten Halluci-

nationen auf. Die Stimme eines als Philhellene im Jahre 1827 in Griechenland gefallenen Bruders wurde vor der Thür gehört, Stimmen anderer längst verstorbener Verwandter kamen hinzu, und es folgte nun eine längere Periode hallucinatorischer Verworrenheit, während deren die Kranke fast ununterbrochen an der Thür stand und heraushorchte, jeden Hineintretenden umklammerte und ihn mit flehendem Tone bat, sie herauszulassen, um ihre Verwandten begrüssen zu können. Die Verworrenheit steigerte sich, untermischt mit Angstgefühlen, schliesslich bis zum Zerreissen der Kleider und Kothschmieren, wobei durch mangelhaften Schlaf und ungenügende Nahrungsaufnahme die Kräfte sehr verfielen. Ebenso rasch aber, wie der Cyclus begonnen hatte, endete er auch. Eines Morgens, nachdem die Kranke Abends vorher noch hallucinirt und delirirt hatte, wachte sie klar und geordnet auf, gewann trotz ihres hohen Alters die verlorenen Körperkräfte rasch wieder und verharrte darauf etwa ein halbes Jahr lang in guter Verfassung. Sie starb an einer croupösen Lungenentzündung, nachdem sie in den Jahren vorher schon verschiedenen Anfällen gleichen Leidens siegreich widerstanden hatte. — Das Verhalten der Kranken in den zwei verschiedenen Phasen war auch insofern grundverschieden von einander, als in ersterer namentlich nur die frühesten Erinnerungen ausgegraben wurden, während sie in zweiter ganz in der Gegenwart lebte. Da nun ferner auch die einzelnen Anfälle untereinander sich auf ein Haar glichen und ihr Benehmen in gesunden Zeiten stets dasselbe mit denselben Liebhabereien und Gewohnheiten war, so wies ihr Seelenleben gewissermassen eine Trennung in zwei ganz getrennte psychische Persönlichkeiten, eine kranke und eine gesunde, auf. Auch bei den übrigen hier vorgestellten und skizzirten Fällen tritt jedesmal die Spaltung in zwei getrennte psychische Persönlichkeiten, eine kranke und eine gesunde, mehr oder weniger deutlich hervor.

Sechzehntes Kapitel.

II. Die mit centralen Neurosen verbundenen Geisteskrankheiten.

Unter centralen Neurosen versteht man im Allgemeinen solche Nervenkrankheiten, die in Erkrankungen von Gehirn oder Rückenmark begründet sind oder wenigstens unter wesentlicher Betheiligung dieser Organe verlaufen. Doch beschränkt man den Ausdruck auf diejenigen Formen, die eine pathologisch-anatomische Erklärung und Lokalisirung zur Zeit noch nicht gestatten, also auf die sogenannten funktionellen Gehirn- und Rückenmarksleiden. Es ist des-

halb erklärlich, dass, je mehr unsere pathologisch-anatomischen Kenntnisse sich erweitert haben, zugleich auch das Gebiet der funktionellen Neurosen mehr und mehr eingeschränkt worden ist.

Neurosen, bei denen das Leiden hauptsächlich, wenn auch nicht ganz ausschliesslich, auf dem Gebiete des Seelenlebens auftritt, und die deshalb wirkliche Geisteskrankheiten darstellen, nennen wir Psychoneurosen. Von ihnen haben die Kapitel 11—15 gehandelt. Es giebt aber ausserdem centrale Neurosen, die an sich noch keine Geisteskrankheit darstellen, aber sehr häufig dazu führen, weil sie eine innere Verwandtschaft damit verknüpft, und die ihnen dann zugleich auch eine besondere charakteristische Färbung verleihen. Zu ihnen rechnen wir vor Allem die Epilepsie, die Hysterie, die Neurasthenie und die Chorea.

A. Das epileptische Irresein.

Unter Epilepsie versteht man eine Krankheit, welche durch die mehr oder minder häufige Wiederkehr klonisch-tonischer Krämpfe mit Bewusstseinsverlust charakterisirt ist.

Man hat dabei Folgendes festzuhalten: erstlich, dass das Gesammtleiden seinen klinischen Ausdruck nicht bloss in den Krämpfen findet, sondern dass die Epilepsie eine constitutionelle Neurose des Gehirns darstellt, auf deren Grundlage sich die Anfälle erheben, — und zweitens, dass die Anfälle nicht jedesmal in der Form der typischen Krämpfe auftreten, sondern mitunter auch eine andere Form annehmen.

Dass der Epileptiker auch ausserhalb der Anfälle gehirnkrank ist, geht unzweifelhaft aus dem Vorhandensein solcher Symptome hervor, die man auch bei anderen neuropathisch Belasteten vielfach findet. Es gehören dazu habituelles Kopfweh, Schwindel, leichtes Muskelzittern, vasomotorische Störungen der verschiedensten Art.

Auch das Verhalten des Epileptikers zeigt meist so eigenthümliche Merkmale, dass man wohl von einem eigenen epileptischen Charakter sprechen darf. Der Epileptiker ist meist depressiver Stimmung. Er ist scheu, misstrauisch, düster und unheimlich. Für fremde Vorstellungen nur wenig zugänglich, hält er hartnäckig an seinen eigenen fest, empfindet jeden Widerstand als persönliche Beleidigung, ist trotzig, boshaft, hämisch, gewaltthätig. Sein Handeln ist langsam und träge, dabei zu gelegentlichen Affektausbrüchen sehr geneigt. Nur selten ist der Epileptiker heiteren Gemüthes und zu raschem Handeln aufgelegt.

Hervorstechende Züge sind ferner ein zur Bigotterie neigendes süsslich frömmelndes Wesen und eine gewisse Familiensimpelei, die sich hauptsächlich in Erzählungen und Lobreden kundgiebt.

Ein sehr charakteristisches Merkmal der Epilepsie sind Bewusstseinsstörungen. Sie äussern sich in doppelter Beziehung: erstlich nämlich in allgemeiner Benommenheit, und zwar nicht bloss während des eigentlichen Krampfanfalles, wo bekanntlich vollkommenes Schwinden des Bewusstseins die Regel ist, sondern auch vor und namentlich nach dem Anfalle, — zweitens in mangelnder Erinnerung (Amnesie) an Vorgänge und Handlungen, die während der Zeit der epileptischen Benommenheit vorkamen und begangen wurden.

Diese Bewusstseinsstörung im Verein mit den geschilderten Charaktereigenthümlichkeiten drücken auch den Handlungen ein besonderes Gepräge auf. Die Handlungen des Epileptikers sind oft wie vom Zaune gebrochen, oft Ausfluss bewusster feindseliger Gesinnung durch allerhand Beeinträchtigungsideen hervorgerufen und durch das Rachegefühl geschärft, oft auch scheinbar ganz unmotivirt, oder, wie beim reinen moralischen Irresein, die Folge einer unbewussten inneren krankhaften Begründung. Deswegen haftet ihnen oft etwas Triebartiges an, und die Kranken wissen sich selbst keine Rechenschaft über ihr Thun zu geben. Sie sind brutal, rücksichtslos und unüberlegt. Dies, zusammen mit dem raschen Stimmungswechsel, macht den Epileptiker zu dem unberechenbarsten aller Kranken.

Es giebt freilich auch Epileptiker, und namentlich unter jugendlichen Individuen findet man sie, die ein anschmiegendes, freundliches und dankbares Wesen zur Schau tragen. Es betrifft dies meist solche Kranke, die sich schon auf dem Wege zum Schwachsinn befinden. Doch auch ihnen darf man im Grunde nicht trauen. Krankhafter Gedankengang, Verstimmung über vermeintlich erlittenes Unrecht, plötzliche Begierde oder irgend ein ungeheuerlicher Einfall, dem sie keine psychischen Hemmungen entgegenzusetzen haben, kann auch solche anscheinend sanfte Naturen zu schwerer That führen.

Es mag jedoch hier ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass diese Schilderung sich nur auf die schweren, schon an der Grenze zur Geisteskrankheit stehenden Fälle bezieht, und dass es Epileptiker genug giebt, denen man die neuropathische Belastung ihres Gehirns wenig ansieht.

Was den zweiten oben angeführten Punkt betrifft, so treten als Aequivalente für den klassischen Krampfanfall hauptsächlich Schwindelanfälle auf. Dieselben sind entweder nur ganz leichte vorübergehende Bewusstseinsstörungen von Augenblicksdauer, — oder es gesellen sich leichte Muskelzuckungen dazu, — oder endlich es werden gleichzeitig unbewusste krankhafte Handlungen begangen, z. B. Angriffe gegen die Umgebung gemacht, an welche später, ebenso wie an die Vorgänge des klassischen epileptischen Anfalles überhaupt,

jede Rückerinnerung fehlt. Letzteres Aequivalent steht schon hart an der Schwelle der Geisteskrankheit und unterscheidet sich von solcher nur durch seine sehr kurze Dauer von einer Sekunde bis zu höchstens einer Minute.

Das epileptische Irresein äussert sich in folgenden Formen:

1. Das transitorische epileptische Irresein.

Es handelt sich hier um rasch vorübergehende, Stunden oder Tage währende, Anfälle geistiger Störung. Sie treten als Bewusstseinsstörungen in Begleitung von Angstaffekten, Hallucinationen, Wahnideen und tobsüchtiger Erregung auf.

Praktisch richtig ist es, Bewusstseinsstörungen mit oder ohne Angstaffekte zu unterscheiden.

a) Die epileptische Bewusstseinsstörung mit Angstaffekten tritt wiederum mit oder ohne Hallucinationen auf.

α) Die ängstliche Bewusstseinsstörung ohne Hallucinationen (petit mal nach Falret) ist ein halbbewusster Dämmerzustand mit ängstlichen und widrigen Gefühlen, Zwangsvorstellungen desselben Charakters, Verworrenheit und Unruhe. Die Umgebung wird in feindseligem Sinne appercipirt und gewaltthätige Handlungen gegen sie und die eigene Person werden vorgenommen.

β) Die ängstliche Bewusstseinsstörung mit Hallucinationen (grand mal nach Falret). Sie zeigt sich als akute hallucinatorische Verworrenheit mit Verfolgungsideen, die vorwiegend einen visionären, dämonischen, schreckhaft-verworrenen Charakter tragen. Schwere sinnlose Thaten als Abwehr gegen die vermeintlichen Schreckgestalten kommen häufig vor.

Beide Formen der Bewusstseinsstörung mit Angstaffekten werden entweder in Begleitung wahrer epileptischer Anfälle oder als Aequivalente derselben beobachtet. Das erstere ist am häufigsten beim grand mal und dann meist im postepileptischen Stadium, namentlich nach gehäuften Anfällen, das letztere am häufigsten beim petit mal. Die klassischen Anfälle können alsdann auch lange Zeit ganz fortbleiben, an deren Stelle alsdann das petit mal tritt.

Die bei beiden Formen zu beobachtende Amnesie nimmt verschiedene Gestalt an. Entweder nämlich wird die That in völliger Bewusstlosigkeit vollführt, z. B. ein Todtschlag, und auch hinterher kehrt keine Erinnerung daran zurück. Oder die That vollzieht sich anscheinend in der Helle des Bewusstseins, unmittelbar darnach aber

folgt Verwirrung mit amnestischem Erwachen. Oder die Verwirrung tritt nicht unmittelbar nach vollbrachter That, sondern erst später auf. Der Thäter hat sich noch klar über seine That und die Beweggründe ausgesprochen, verfällt aber unmittelbar darauf in Umnebelung des Bewusstseins und erwachtdaraus ebenfalls amnestisch. Oder endlich die Erinnerung ist getrübt, aber nicht vollkommen aufgehoben, der Kranke fühlt sich, ähnlich wie der gewaltthätige Melancholiker, durch seine That gewissermassen erlöst und befreit, erinnert sich wohl summarisch, aber nicht der Einzelheiten, denkt vielleicht mit einem gewissen Grauen daran und scheut sich, die Erinnerung zu wecken und davon zu sprechen. — Es braucht wohl kaum hervorgehoben zu werden, wie wichtig diese Erfahrungssätze in gerichtlicher Beziehung werden können.

b) Die epileptischen Bewusstseinsstörungen ohne Angstaffekte. Es sind entweder stuporöse Zustände mit tiefer Verworrenheit des Bewusstseins, oder letzteres ist erhalten, aber schwer von Hallucinationen durchsetzt. Die Hallucinationen, meist solche des Gesichts- und Gehörsinns, entsprechen einer maniakalischen Grundverstimmung mit vorzugsweise religiösem Delirium. Der Kranke sieht den Himmel offen, steht mit ihm in direktem Verkehr, ist selbst Engel, Gott, Heiland. Mitunter treten dann noch contrastirende Vorstellungen ein, die Scene ist nicht mehr der Himmel, sondern die Hölle, der Kranke spielt die Rolle des zerknirschten, zuletzt begnadigten Sünders und dergl.

Eine sich dem periodischen Irresein sehr nähernde Form ist die Bewusstseinsstörung, welche bei scheinbar gut erhaltenem Bewusstsein und völlig äusserer Besonnenheit in ganz erdichteten, wenn auch ernst gemeinten Begebenheiten delirirt. Der Kranke erzählt ganze Romane, beschuldigt sich selbst grundlos der grössten Uebelthaten und lebt während des Anfalles nur in dieser geträumten Erinnerung. Bemerkenswerth ist, dass die Wahnideen bei jedem Anfall wieder ganz dieselben sind, z. B. beschuldigt sich ein Kranker in jedem Anfall bei der Behörde eines unter romanhaften Verhältnissen ausgeführten fingirten Gattenmordes. — Hierdurch wird, wie bei dem periodischen Irresein, der Bewusstseinsinhalt in einen kranken und in einen (relativ) gesunden, und ebenso die geistige Persönlichkeit in zwei, dem Bewusstsein nach ganz verschiedene, Persönlichkeiten zerlegt.

Unterscheidende Diagnose. Es ist nicht immer leicht, ohne Kenntniss des Vorlebens und genauer Anamnese die Diagnose des epileptischen Irreseins zu stellen. Für ein solches spricht das Fehlen der Erinnerung (Amnesie) für den Anfall und alles dessen,

was damit zusammenhängt, — die Plötzlichkeit des Eintritts und der Lösung, — die brutale und sinnlose Rücksichtslosigkeit der tobsüchtigen Erregung, — die für Epilepsie charakteristische religiös-dämonische Färbung der Delirien.

Aus diesen Anzeichen allein kann man schon mit ziemlicher Sicherheit auf epileptisches Irresein schliessen. Wenn dabei klassische Krampfanfälle beobachtet worden sind, so wird natürlich die Diagnose um so sicherer. Hierbei mag nicht unerwähnt bleiben, dass es Fälle giebt, in denen die Krämpfe nur Nachts eintreten. Sie bleiben oft lange Zeit unentdeckt, weil der Kranke in Folge seiner Amnesie selbst keine Auskunft darüber geben kann.

2. Die epileptische Paranoia.

Sie zeichnet sich aus durch Beeinträchtigungs-Ideen, die durch krankhafte Apperception der Umgebung und Verkennung der Lage gekennzeichnet sind, verbunden mit andauernder leichter Verworrenheit und Zornmüthigkeit. Diese Zustände können sich bis zu schweren Tobsuchtsanfällen mit Angriffen gegen die Umgebung steigern.

Die Krankheit kann mit oder lange Zeit auch ohne die typischen Krampfanfälle verlaufen. An Stelle der letzteren treten dann mitunter vorübergehende Zustände von Stupor, oder der oben geschilderten hallucinatorischen Verworrenheit.

Was die Handlungen des paranoischen Epileptikers betrifft, so fehlt ihnen meist die tiefe Bewusstseinsstörung, mithin auch das Sinnlose und Verworrene des an Angstaffekten leidenden Epileptikers. Sie zeigen sich mehr als Ausfluss einer Wahnidee, und zwar meist einer Beeinträchtigungsidee, und sind deshalb auch vorbedachter, überlegter und planvoller.

Unterscheidende Diagnose. Wenn typische Krampfanfälle fehlen, erkennt man auch hier das Leiden am sichersten als epileptisches an der fortdauernd zornmüthig erregten oder wenigstens gereizten Stimmung, den gelegentlichen Wuthanfällen mit fehlender Rückerinnerung und der religiösen Färbung der Delirien. Namentlich auch ist das Bewusstsein in keiner anderen Form der Paranoia so benommen, als in der epileptischen.

3. Die epileptische Entartung.

Die epileptische Entartung zeigt sich vorzugsweise in dem Niedergange der Intelligenz, neben dem die Symptome des transitorischen Irreseins und der Paranoia einhergehen können.

Das Gedächtniss schwindet, Erinnerungslücken bilden sich, das Vorstellungsmaterial schrumpft ein, Ideenverknüpfung und Urtheil sind erschwert. Namentlich aber erstreckt sich der Verfall auch auf die ethischen und ästhetischen Vorstellungen. Oft schon von Haus aus vorhanden, erweitert sich die Lücke mit der Zeit mehr und mehr. Dieser Umstand, verbunden mit Intelligenzschwäche und einem finsteren, menschenfeindlichen Charakter, der schon der Physiognomie seinen Stempel aufdrückt, verschuldet die oft eben so unbegreiflichen, wie abscheulichen Missethaten der Epileptiker.

Nicht selten finden sich auch noch weitere Störungen auf dem motorischen Gebiete, z. B. Lähmungen mit nachfolgenden Muskelatrophieen. Zuletzt zeigen sich Symptome, die dem sekundären Blödsinn überhaupt eigen sind, z. B. Articulationsstörungen, Aphasieen Störungen auf dem sensiblen Gebiete u. s. w.

Verlauf des epileptischen Irreseins. Das epileptische Irresein kann von vornherein den Weg der Entartung einschlagen, kann aber auch zuerst die Phasen des transitorischen Irreseins und der Paranoia durchschreiten, ehe das Ziel der sekundären epileptischen Verblödung erreicht ist. — Transitorisches Irresein aber und epileptische Paranoia bleiben selten lange Jahre unverändert bestehen, sondern neigen zeitig abwärts zur Entartung. Wichtig ist hierbei noch der Umstand, ob die Epilepsie im frühen Jugendalter oder erst im späteren Leben erworben wurde. Im ersteren Falle pflegt die Entartung auf dem Fusse zu folgen.

Völlige Genesung ist bei dem epileptischen Irresein ausgeschlossen. Doch darf man für den Fall, dass die neurotische Erregbarkeit des Gehirns sich mindert, was sich schon durch das Seltenerwerden der typischen Anfälle wahrscheinlich macht, auch auf einen theilweisen Rückgang der psychischen Symptome hoffen.

Die anatomische Grundlage ist noch immer dunkel. Ohne Zweifel spielen auch hier Vorgänge im vasomotorischen Gebiete eine grosse Rolle.

Epileptische Kranke gehören wegen ihrer Verworrenheit, ihren Angstaffekten und ihren entweder als sinnlose plötzliche Wuthausbrüche oder als planmässige Unthaten auftretenden schweren Handlungen zu den gefährlichsten Geisteskranken.

B. Das hysterische Irresein.

Die Hysterie ist eine allgemeine Neurose, deren Erscheinungen sich aus abnormer leichter Inanspruchnahme und Reizfähigkeit

des Gehirns, zusammen mit erhöhter Gegenwirkung (Reaktion) herleiten lassen.

Vor Allem geben sich erhöhte Reizbarkeit und Reaktion auf dem Boden des Gemüthslebens kund. Zunächst bedingen sie einen rascheren Wechsel der Stimmung, die zwar meist depressiv ist, aber leicht von heiterer Empfindung abgelöst wird. Meist überschreitet dabei die Stimmung das Maass des Gewöhnlichen und giebt sich rasch in Affekten kund. Die Vorstellungen sind lebhafter und farbenreicher und führen somit leicht zu Strebungen und Begehrungen, welch letztere sich auch in den Contrastvorstellungen unmotivirter Verabscheuungen gewisser Dinge oder von Abneigungen gegen gewisse Personen kundgeben. Dies Alles zusammen giebt dem Verhalten der Hysterischen den Anschein des Launischen und Planlosen. Die erhöhte Reizbarkeit kommt namentlich auch den Zuständen des eigenen Ich gegenüber zur Geltung. Da nun das Allgemeingefühl meist aus einzelnen schwächeren Unlustempfindungen sich zusammensetzt, fühlen sich die Kranken meist sehr leidend. Die Vorstellungen ihres eigenen Zustandes nehmen sie gefangen, die Kranken denken nur an sich, werden in Folge dessen egoistisch und gleichgiltig gegen das Wohl Anderer und anspruchsvoller. Glauben sie sich nicht genug beachtet, so nehmen sie zur Lüge und Simulation ihre Zuflucht, indem sie ihre Leiden übertreiben.

Ein niemals fehlender Zug ist die mehr oder minder lebhafte Betheiligung des Geschlechtslebens, von der die Krankheit ja auch ihren Namen hat. Die von den Geschlechtsorganen ausgehenden, zunächst meist unbewussten Reize summiren sich schliesslich zu bewussten Vorstellungen und Strebungen, die nicht immer gerade in nymphomanischer Weise als direkte Bestrebungen zur Befriedigung des Geschlechtstriebes zu erscheinen brauchen, aber doch sämmtlich ein auf Geschlechtsverhältnisse bezügliches Aussehen haben. Umgekehrt scheinen mitunter aber auch die von der Geschlechtssphäre ausgehenden unbewussten Reize nicht kräftig genug zu sein, um bewusste Vorstellungen oder Strebungen auszulösen. So können einerseits Hysterische in sexuellen Vorstellungen schwelgen, andererseits aber auch grosse geschlechtliche Kälte, die sich in Widerwillen und abstossendem Benehmen gegen den Mann oder das männliche Geschlecht überhaupt kundgiebt, zeigen.

Wie bei der Epilepsie, so stellt auch bei der Hysterie das Irresein eine Weiterentwickelung der constitutionellen Neurose dar. Man unterscheidet auch hier vorübergehende und dauernde Irreseinszustände.

1. Das transitorische hysterische Irresein.

Die transitorischen hysterischen Irreseinszustände äussern sich in sehr verschiedenen Formen, haben aber mit den epileptischen manches Gemeinsame.

Vor Allem ist hier hervorzuheben:

a) Die Bewusstseinsstörung mit ängstlichen Affekten. Ganz ähnlich wie bei der Epilepsie, treten zum ängstlichen Affekt Hallucinationen schreckhaft-dämonischen Charakters hinzu. Die Kranken appercipiren ihre Umgebung nicht mehr in gesunder Weise, sondern im Sinne des Verfolgungsdeliriums.

b) Hystero-epileptischen Anfall nennt man den Zustand, wenn sich das Bewusstsein bis zum gänzlichen Schwinden umnebelt und sich sinnlose Tobsuchtsanfälle mit convulsiven Zuckungen dazu gesellen.

Nicht immer tritt der hystero-epileptische Anfall unvermittelt ein, sondern oft ist er erst das letzte Glied einer durch motorische Erregungen, z. B. Tanzen, Lachen, Singen und kindisches Gebahren aller Art hindurchführenden Kette leichter Bewusstseinsstörungen.

c) Bewusstseinsstörungen ohne ängstliche Affekte. Die Hallucinationen zeigen hier visionär verzückte Bilder, ähnlich den religiösen Delirien der Epileptiker, und sind oft mit kataleptischer Starre verbunden.

In allen Zuständen transitorischen hysterischen Irreseins ist die Rückerinnerung geschwächt.

Verlauf. Das transitorische hysterische Irresein kann als einzelner Anfall oder als Reihe von Anfällen, entweder frei von sonstigen psychischen Krankheitssymptomen oder als akute Episode eines chronischen hysterischen Irreseins vorkommen.

Die Dauer ist Stunden bis Tage lang.

2. Das chronische hysterische Irresein

Hysterische erkranken ebenso gut, wie nicht Veranlagte, an Affektkrankheiten, welche in Genesung übergehen können. Oder es bildet sich, ähnlich, wie bei der Epilepsie, von vornherein ein Entartungsirresein aus.

a) Die hysterischen Affektkrankheiten.

α) Die hysterische Melancholie zeichnet sich durch Angstaffekte, Vorwiegen von Gesichtshallucinationen und allegorisirende Wahnideen, welche auf periphere, und zwar vorzugsweise sexuelle

Empfindungen Bezug haben, aus. Das Verhalten der Kranken ist oft geräuschvoll, theatralisch den psychischen Schmerz verwerthend.

β) Die hysterische Manie zeigt das erhöhte Selbstgefühl hauptsächlich in erotischer Färbung. Die Kranke kokettirt, intriguirt, macht obscöne Andeutungen, entkleidet sich, wäscht sich mit Urin, beschmiert sich mit Koth.

Verlauf. Bei beiden Formen ist der stete Wechsel des Bildes und dass sie häufig in einander übergehen, bemerkenswerth.

Die Dauer der hysterischen Affektkrankheit pflegt kürzer, als die der einfachen Psychoneurosen zu sein.

Der Ausgang ist meist in (relative) Genesung.

b) Die hysterische Entartung.

Die hysterische Entartung beginnt häufig schon in der Pubertätszeit und äussert sich entweder als affektives Irresein, oder als Paranoia, oder als Schwachsinn.

α) Das affektive hysterische Entartungsirresein. Man unterscheidet eine melancholische und eine maniakalische Form. Das Leiden erhebt sich auf dem Boden des erkrankten Gemeingefühls. Die Kranken empfinden abnorm, schliessen aber von der falschen Voraussetzung ausgehend folgerichtig weiter. Da nun Hallucinationen und Wahnideen zu fehlen pflegen oder wenigstens nur sehr vorübergehend auftreten, da auch die äussere Besonnenheit den Kranken nicht verlässt und derselbe endlich seine Verstimmung wohl zu motiviren versteht, so erscheint er oberflächlichen Beobachtern, meist aber seiner Umgebung, als gesund, und seine Krankheit wird für moralische Verkehrtheit gehalten oder als Charakterfehler angesehen.

Da Stimmungsveränderungen und Handlungen durch Verstandesgründe zu rechtfertigen gesucht werden, so kann man auch hier von einer Folie raisonnante sprechen.

Die maniakalische Folie raisonnante entlehnt manche Züge dem moralischen Irresein, sowie auch der primären Paranoia. In ihrem erhöhten Selbstgefühle hält sich die Kranke z. B. für geliebt, sie schreibt Briefe, nähert sich in auffälliger Weise dem eingebildeten Liebhaber, bezieht, wie die primär Paranoische, gleichgiltige Dinge auf sich und ihr Verhältniss, weiss dies Alles trefflich zu motiviren und geräth so ganz folgerichtig mit ihrer Familie in Zwiespalt, weil diese dies Alles nicht gelten lassen will.

Die melancholische Folie raisonnante ist ein habituell depressiver Affekt, der hauptsächlich, wenn auch nicht immer, aus Geschlechtsverhältnissen Nahrung zieht. Die Kranken glauben sich

z. B. von ihrem Manne vernachlässigt, empfinden Eifersucht, zanken und streiten gegen ihn. Mit der Zeit werden immer weitere Kreise der Umgebung in den Gefühlsirrthum hineingezogen, die Kinder, Nachbarn, andere Frauen u. s. w. Aus diesem schmerzlichen Fühlen und Vorstellen kommen die Kranken nicht mehr heraus, alle Eindrücke der Aussenwelt wandeln sich in widrige und schmerzerregende. Daher werden die Kranken immer zank- und schmähsüchtiger, ihre schmerzlichen Vorstellungen erfüllen sie dergestalt, dass sie auch zu jeder Arbeit unfähig werden und ihre Wirthschaft, ihre Kinder und sich selbst vernachlässigen.

Häufig treten alsdann, durch periphere Sensationen verursacht, Verschlimmerungen mit Wuthanfällen ein. Mitunter aber werden auch hellere Zustände beobachtet, in denen die Kranken ihr „Unrecht" einsehen und sich darüber beklagen, dass sie sich aus eigener Macht dem Zustande nicht entreissen können.

Der Verlauf ist, wie bei jeder constitutionellen Psychose, ein meist gleichmässiger, sich allmälig verschlimmernder.

β) Die hysterische Paranoia. Das Krankheitsbild beherrschend sind die Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen auf sexueller Grundlage. Typisch für die hysterische Paranoia ist der Eifersuchtswahn, im Wesentlichen also ein Beeinträchtigungswahn. Häufig aber deliriren auch die Kranken in geschlechtlichen Verfolgungsideen. Periphere Sensationen in den Geschlechtsorganen und deren erleichterte Umdeutung, verbunden mit einer gewissen traumhaften Inanspruchnahme des Bewusstseins, begünstigen das Entstehen von Wahnideen nächtlichen Ueberfalles, von Nothzuchtsattentaten u. s w. Umgekehrt erregen dort, wo ekstatisch-libidinöse Zustände episodisch dazwischen treten, die genannten Wahrnehmungen auch beglückende Vorstellungen nächtlichen Liebeslebens.

Ein hervorragendes Symptom sind ferner Verstimmungen des Geruchsinnes. Entweder sind es Hallucinationen widriger Natur oder umgekehrt perverses Wohlgefallen an den im eigenen Körper erzeugten Gerüchen, welches die Kranke veranlasst, sich gelegentlich mit Urin zu waschen oder mit Koth zu beschmieren.

Tobsüchtige Zornanfälle werden hauptsächlich durch den Eifersuchtswahn, verbunden mit widrigen peripheren Empfindungen, veranlasst.

Hysterisches Entartungs-Irresein gehört zu den schwersten und trostlosesten Formen von Psychose. Ein fast unablässig zornig aufgeregtes oder sonst wie verstimmtes Wesen, das Urtheil über sich und die Umgebung, ja die ganze Welt verschroben und verrückt, die sittliche Persönlichkeit aus den Fugen gehoben oder vielmehr ganz

untergegangen, den schwersten Zwangsvorstellungen unterworfen, die Beute entfesselter, durch keine wohlthätigen Hemmungen mehr unterbrochener Reflexe und krankhafter Empfindungen, ein Spielball wilder Launen und bösartiger Einfälle, die Handlungen bald unberechenbar, bald planmässig durchdacht und raffinirt, immer aber schändlich und auf das Wehe Anderer gerichtet, — so sehen wir beim hysterischen Entartungs-Irresein die menschliche Seele in ihrer tiefsten Erniedrigung. In mancher Beziehung gleicht es durch die moralische Verkehrtheit der Handlungen und durch den Versuch der verstandesmässigen Rechtfertigung ganz und gar dem moralischen Irresein. Doch ist dieses immerhin noch naiver und ursprünglicher, und der krankhafte Ursprung ist der einzelnen Handlung meist deutlicher auf die Stirn geschrieben, als bei dem hysterischen Irresein, dessen Handeln durch Raffinement und Bosheit gegen Andere gekennzeichnet ist.

Auch durch seine Vielgestaltigkeit zeichnet sich das hysterische Irresein aus. Wie schon das Wesen der noch geistig gesunden Hysterikerin das Spiegelbild unaufhörlich wechselnder Empfindungen darstellen kann, so zeigt auch das hysterische Irresein das vielgestaltigste Aussehen, von jeder Form der Geisteskrankheit, so zu sagen, Etwas.

Es schillert in allen Farben und bringt täglich neue Ueberraschungen. Auf diese Kranken findet das Wort Anwendung: „Nichts ist beständig, als der Wechsel.“ Heute hocken sie launisch und verdrossen auf ihrem Stuhle, morgen zerschlagen sie aus Wuth Fensterscheiben oder zerreissen ihre Kleider, übermorgen verunreinigen sie Bett und Stube, um die Pflegeschwester zu ärgern, wieder später entladet sich ihre Unlust in Intriguen und Zuträgereien. Dazwischen fallen wieder Tage, wo sie geradezu durch ihre Liebenswürdigkeit bestechen können. Sie sind anschmiegsam und dankbar, wenn man dem Allem freilich auch das Gemachte ansieht. Was aber hier mit Bezug auf die Stimmung gesagt ist, gilt auch von den anderen Gebieten des geistigen Lebens, namentlich von Vorstellungen und Urtheilen, — überall derselbe Wechsel, dasselbe Schwanken zwischen Höhe und Tiefe. — Eine gewisse Periodizität allerdings lässt sich auch hier, wenn man darauf achtet, feststellen. Man findet dann häufig, dass die Verschlimmerung an den menstrualen Zeiten haftet.

γ) Der hysterische Schwachsinn ist stets das Endstadium des hysterischen Entartungsirreseins. Er kann früh eintreten als unmittelbare Folge verkümmerter Pubertätsentwickelung, nach einer Reihe von transitorischen Anfällen, — oder er entwickelt sich auf dem Umwege der Paranoia aus dem chronischen hysterischen Irre-

sein. In letzterem Falle verödet die Vorstellungswelt mehr und mehr, die Kranke wird immer widerstandsloser auf ihre sie beherrschenden krankhaften Vorstellungen zurückgeworfen, die wahnhafte Umbildung der Persönlichkeit und ihrer Umgebung schreitet immer weiter vor, das Gedächtniss schwindet, Urtheil und Thatkraft sind bis auf geringe Reste zurückgebracht. In diesem, nur von gelegentlichen, wenn auch wesentlich affektloseren, Tobsuchtsanfällen unterbrochenen Zustande kann die Kranke noch viele Jahre verharren.

Die unterscheidende Diagnose des hysterischen Irreseins ist, wie die des epileptischen, nicht immer leicht zu stellen. Im Allgemeinen ist man viel eher geneigt, Hysterie anzunehmen, wo keine vorliegt, als umgekehrt. Doch wird man selten fehlgehen, wenn man sich die Hauptmerkmale der Hysterie gegenwärtig hält, nämlich:

a) den raschen Wechsel in der Grundstimmung sowohl, wie in den Begleiterscheinungen, namentlich der Hallucinationen und der allegorisirenden Wahnideen, welche letztere oft an vorübergehende periphere Sensationen anknüpfen und mit diesen wieder verschwinden.

b) Das starke Hervortreten geschlechtlicher Beziehungen.

c) die Neigung zu Geruchsperversitäten.

Manche Züge hat das hysterische Irresein mit dem epileptischen gemein, so das Ueberwiegen der Gesichtshallucinationen in den transitorischen Anfällen, die Umnebelung des Bewusstseins und die mangelnde Rückerinnerung. Es unterscheidet sich jedoch, abgesehen natürlich von der Anamnese, von demselben durch folgende Merkmale:

In den transitorischen Anfällen ist die Bewusstseinsumnebelung nicht so tief, wie bei der Epilepsie, die krankhafte Apperception der Umgebung nicht so vollständig, die tobsüchtige Wuth nicht so sinnlos und gewaltthätig, die Rückerinnerung nicht so gänzlich ausgelöscht, sondern summarisch meist erhalten. Die Färbung der Delirien ist ferner eine vorwiegend erotische, im epileptischen Irresein dagegen eine vorwiegend religiöse. Der Charakter des Epileptischen endlich ist fast stets scheu, misstrauisch, unheimlich, was bei den hysterischen Irren durchgängig nicht der Fall zu sein pflegt. Auch geht das epileptische Entartungs-Irresein rascher in Verblödung über, als das hysterische, das seinerseits öfter in einem der sekundären Paranoia (Verrücktheit) ähnlichen Zustande endet.

C. Das neurasthenische Irresein.

Das Hauptkennzeichen der Neurasthenie ist reizbare Schwäche. Sie gehört deshalb zu den wichtigsten allgemein veranlagenden Ursachen der Geisteskrankheiten überhaupt. Namentlich aber sind es die affektiven, sowie einige paranoische Formen, die auf neurasthenischem Boden erwachsen. Am deutlichsten verrathen ihren Ursprung das hypochondrische und das Irresein aus Zwangsvorstellungen.

1 Das hypochondrische Irresein.

Die Hypochondrie ist eine allgemeine Neurose, welche sich durch erhöhte Reizempfänglichkeit für Zustände des eigenen Körpers und dadurch bedingte depressive Störung des Allgemeingefühles kennzeichnet. Hierzu gesellen sich alsdann Wahnideen über thatsächlich nicht vorhandene Krankheiten oder Zustände einzelner Körpertheile. Dieselben sind zunächst noch nicht fest, sondern mannigfach wechselnd, der Kranke behält immer noch einen Zweifelsrest übrig und liebt es, sich seine Ideen ausreden zu lassen.

Das Kennzeichen des hypochondrischen Zustandes ist Hyperästhesie. Der Hypochonder empfindet Vorgänge in seinem Innern, die der Aufmerksamkeit des Gesunden ganz entgehen. Die peristaltische Darmbewegung, der Blutkreislauf, der Herzschlag, physiologische Vorgänge, die sonst ganz in das Dunkel des Unbewussten gehüllt bleiben, werden bewusst empfunden und kritisirt. Die Aufmerksamkeit für diese Dinge schärft sich und bald wird jede wirkliche oder eingebildete Abweichung peinlich empfunden. Zuerst bleiben die Befürchtungen, wenn sie auch an sich noch so wenig begründet sind, doch noch innerhalb der Grenzen des Möglichen. Der Stuhlgang bleibt etwas über die Zeit aus oder hat nicht die erwartete Consistenz, der Urin ist etwas trüber, als sonst, vor den Augen flimmern einmal leichte Skotome. Sofort wird die Furcht wach, eine schwere Verdauungsstörung, ein Gehirnschlag sei im Anzuge, da man ja das Blut schon nach dem Kopfe strömen fühlte, oder eine Nierenerkrankung liege vor, oder man litte am Staar. Dies geht dann so lange, bis neue Wahrnehmungen neue Befürchtungen wachrufen. Bald aber begnügt sich der Hypochonder nicht mehr damit. Nun wird jede noch so unbestimmte Wahrnehmung auf dem sensiblen Gebiete zu ungeheuerlichen Vorstellungen verwerthet. Jede Vorstellung, dass dieser oder jener Theil leide, wird sofort auch zum Schmerze, zur Funktionsstörung, zur Gebrauchsunfähigkeit. Hierin ähnelt der Hypochonder der Hysterischen, dass die Vorstellung von der Krankheit eines Gliedes, z. B. eines Armes oder Beines, dasselbe in der That

krank, d. h. schmerzhaft und funktionsunfähig macht, dass der Arm nicht erhoben, das Knie nicht gebeugt, der Schenkel nicht gestreckt werden kann. Noch ein Schritt weiter, und die Empfindungen werden zu allegorisirenden Wahnideen, womit der Uebergang in Geisteskrankheit vollzogen ist.

Die körperlichen Begleiterscheinungen der Hypochondrie bestehen hauptsächlich in dem leidenden psychopathischen Gesichtsausdrucke und dem schlechten Aussehen. Der Hypochonder ist ein Grübler, dem man die innere Versenkung in seine Leidensprobleme schon aus der Miene abliest.

Von einem hypochondrischen Irresein kann man erst sprechen, wenn die Wahnideen feste und bleibende Gestalt gewonnen haben, sich in den Vordergrund des Bewusstseins drängen, die Vorstellungswelt beherrschen und die Handlungen beeinflussen.

Man hat das hypochondrische Irresein in ein melancholisches und ein paranoisches (hypochondrische Verrücktheit) getheilt. Mit der Melancholie jedoch hat das hypochondrische Irresein an sich Nichts zu thun. Denn bei jener ist der schmerzliche Affekt das Primäre und die hypochondrischen Wahnideen bieten sich nur als Erklärungsgrund für dieselben dar. Die peripheren Sensationen, welche bei der Hypochondrie das Primäre darstellen, fehlen sogar bei der sogenannten hypochondrischen Melancholie.

Die hypochondrische Paranoia, die das eigentliche hypochondrische Irresein darstellt, ist bereits in Kap. 14 geschildert.

2. Das Irresein aus Zwangsvorstellungen.

Zwangsvorstellungen (s. Kap. 3) sind an sich schon ein Symptom schweren psychischen Leidens. Aber zu den eigentlichen Geisteskrankheiten rechnet man sie noch nicht, so lange sie sich lediglich im Bewusstsein abspielen, nur einen kleinen Theil des Vorstellungslebens in Beschlag nehmen, und der Kranke trotz aller Belästigung doch noch Herr über sie bleibt. Zum Range und zur Bedeutung einer wirklichen Psychose erheben sie sich erst unter folgenden Umständen:

1. Wenn sie das Handeln in bemerkenswerther Weise beeinflussen. Wenn Jemand, was häufig vorkommt, an der Zwangsvorstellung leidet, dass er beim Ausgehen die Stubenthür nicht verschlossen habe und nun, obgleich er es besser weiss, „zur Beruhigung" von der Strasse hinaufeilt, um sich vom Gegentheile zu überzeugen, so wird man das, selbst wenn es gewohnheitsmässig geschehen sollte, noch nicht geisteskrank nennen. Denn der Kranke steht gewissermassen noch darüber, er konnte die controlirende Handlung unter-

lassen, wenn es der Mühe lohnte, sich ernstlich zusammenzunehmen. Auch wird er in seinem ganzen übrigen Gebahren geistige Gesundheit nicht vermissen lassen. Wenn aber Jemand, noch dazu ein hochgebildeter Schriftsteller, die Vorstellung hat, jeder Papierschnitzel auf seinem Wege könne von Bedeutung für ihn sein, und es sich nun angelegen sein lässt, solche auf offener Strasse aufzulesen, trotzdem er bemerkt, wie auffällig er sich damit macht, — wenn er dann zugleich noch von Zweifeln geplagt wird, ob seine Geschlechtstheile auch normal beschaffen seien und er nun, selbst unter den erschwerendsten und verdächtigsten Umständen, darauf ausgeht, entblösste Männer zu sehen, um Vergleiche ziehen zu können, — wenn er endlich auch noch den Zwang verspürt, Nummern und Namen von Damentaschentüchern zu lesen und solche bei jeder Gelegenheit heimlich zu erlangen sucht, — so ist dies entschieden schon Geisteskrankheit. Denn hier wird der Kranke von seinen Vorstellungen völlig beherrscht und ist überhaupt nicht mehr im Stande, dem Zwange, sie in Handlungen umzusetzen, zu widerstehen.

2. Wenn die Zwangsvorstellungen sich so unaufhörlich und hartnäckig dem Bewusstsein aufdrängen, dass das ruhige Denken behindert wird und in Folge dessen Verwirrung mit Angstaffekten eintritt. Ein junges Mädchen, die lange Zeit ihre Tante bis zu deren Tode mit Hingebung ihrer Kräfte gepflegt hatte, litt an der Vorstellung, sie habe derselben mit einem Messer den Hals abgeschnitten. Anfänglich wies sie diese zudringliche Vorstellung noch gelassen von sich, sie wunderte sich, wie sie auf so etwas verfallen könne. Bald aber wurde sie, da sich die unglückliche Vorstellung immer wieder aufdrängte und, wie wucherndes Unkraut, nichts Anderes mehr neben sich aufkommen liess, schwer beunruhigt und beängstigt. Um aus diesem unleidlichen Zustand herauszukommen, beantragte sie bei der Behörde die Ausgrabung der Leiche, mit der Begründung, sie wisse wohl, dass man Nichts finden werde, aber sie hoffe, dass der Augenschein sie beruhigen werde. Schliesslich trat unter schweren körperlichen Erscheinungen, namentlich Schlaflosigkeit und Abmagerung, und stetig sich steigender Angst völlige Verwirrung ein. Sie wurde einer Anstalt übergeben, die sie erst nach Jahresfrist genesen verliess.

3. Wenn die Zwangsvorstellungen nicht mehr abstrahirt, sondern als wahr hingenommen werden und sich so zu Wahnideen umgestalten. Hierin begegnet sich das Irresein aus Zwangsvorstellungen mit dem hypochondrischen. Dem Kranken kommt es zuerst so vor, als trüge er einen Frosch im Leibe. Die Vorstellung, durch Gefühlsstörungen veranlasst, kehrt mit lästiger Zudringlichkeit wieder, wird aber immer noch als thöricht bei Seite gesetzt. Schliesslich aber nimmt

die Allegorisirung das Gesicht der Wirklichkeit an, der Verstand findet sich damit ab oder wird vielmehr gar nicht mehr zum Worte gelassen, und die Wahnidee ist fertig.

Legrand du Saulle hat unter der Bezeichnung maladie du doute et du toucher eine typisch verlaufende Form des Irreseins aus Zwangsvorstellungen kennen gelehrt. Man kann drei Stadien derselben unterscheiden. Im ersten Stadium behaupten Zwangsvorstellungen mit dem Charakter der Zweifelsucht das Feld. Habe ich dies und jenes recht gemacht? Hätte es nicht anders gemacht werden müssen? Kann es wohl schaden, dass ich das Buch nicht ganz symmetrisch auf den Tisch gelegt habe? Hätte ich nicht lieber das blaue Kleid anstatt des schwarzen anziehen müssen? Mit dergleichen an sich ganz nichtigen Dingen und dem Bestreben, das möglicherweise falsch Gemachte zu verbessern, sind die Kranken den ganzen Tag beschäftigt, so dass sie zu keiner geordneten Thätigkeit mehr kommen. Unzählige Male wiederholen sie das schon Gethane, verbringen bei der Toilette viele Stunden und verbrauchen ebenso viel Zeit beim Ausgehen, ehe sie nur dazu kommen, das Haus zu verlassen. — Mit einem sehr sonderbaren Symptome, nämlich fortwährendem Händewaschen, oft hundert Mal am Tage, leitet sich das zweite Stadium ein. Der Kranke leidet an der Vorstellung, überall verunreinigt zu werden, namentlich durch Staub, und fürchtet sich, etwas zu berühren, besonders Thürklinken, Treppengeländer, Briefe. Dazu gesellt sich bald ein schweres Angstgefühl und vorzweiflungsvolle Stimmung. Namentlich geschieht dies, wenn man versucht, dem Zwange gewaltsam entgegenzutreten. Denn auch dies ist diesem sonderbaren Krankheitsbilde eigenthümlich, dass die Kranken auf ihre Fragen durchaus die von ihnen erwartete, d. h. vorgestellte Antwort hören wollen. Vernehmen sie eine andere, so kann die heftigste Krisis ausbrechen. — Das letzte Stadium endlich zeichnet sich durch völlige Welt- und Menschenflucht der vor Furcht, mit Jemandem in Berührung zu kommen, ausser sich gebrachten Kranken, häufig auch durch fast völlige äussere Unbeweglichkeit, durch eine dumpfe Resignation, aus. In diesem Zustande verharrt alsdann der Kranke, meist ohne dass ein tieferer Verfall der Intelligenz eingetreten, bis zu seinem Tode.

Die Prognose ist mindestens zweifelhaft, in der zuletzt geschilderten Form jedesmal schlecht.

D. Das choreatische Irresein.

Die Chorea ist eine allgemeine Neurose, die sich hauptsächlich auf dem Gebiete des cerebrospinalen Nerven-Muskelsystems in Form von Coordinationsstörungen der willkürlichen Bewegungen abspielt.

Die Mitbetheiligung der Psyche zeigt sich schon in frühen Stadien durch Reizbarkeit, Gemüthsverstimmung, ungeordneten Gedankengang. Durch das Hinzutreten von Gesichts- und Gehörshallucinationen, Angstaffekten oder maniakalischer Tobsucht wird das Bild der Psychose vervollständigt.

Die Pathogenese lässt sich unschwer aus dem Symptomencomplex der Chorea erklären. Angstaffekte werden hauptsächlich durch Endocarditis, welche selten fehlt, hervorgerufen. Gesellen sich nun noch Hallucinationen dazu, so ist bei der ohnehin fehlenden Besonnenheit der Weg zur Bildung von Verfolgungsideen geebnet. Die Entstehung der Hallucinationen aber lässt sich auch hier auf peripherem Wege erklären, nämlich durch Mitbetheiligung der Augenmuskeln, wodurch vorübergehend Strabismus erzeugt, also das Gesichtsfeld verschoben und die Akkomodation gestört wird, — und ferner, bezüglich des Ohres, durch Affektion des M. tensor tympani, wodurch subjective Geräusche, namentlich Ohrenklingen, erzeugt werden. Bei der mangelnden Controle im Centrum werden alsdann diese subjectiven Sinneseindrücke leicht hallucinatorisch verwerthet. — Wird die ungeordnete Muskelaktion sehr stark und ungebunden, so geht schliesslich auch die Herrschaft über das Vorstellungsleben verloren. Selbst die Apperception des eigenen Gemeingefühls ist gestört und der Kranke gleicht in seiner ruhelosen Ungebundenheit und scheinbaren Unbekümmertheit um äussere Vorgänge ganz einem maniakalischen Tobsüchtigen.

Begünstigt wird das Entstehen der Psychose auch noch durch die Erschöpfung, die durch mangelnden Schlaf, ungenügende Ernährung und unablässige Inanspruchnahme des willkürlichen Muskelsystems erzeugt wird.

Verlauf und Dauer richten sich nach dem Grundleiden. Der Ausgang ist, falls letzteres ohne endocarditische Reste verschwindet, gleichfalls in Genesung, die Prognose meist günstig.

25. Krankenvorstellung. Epileptisches Irresein. (Taf. 21, Fig. 1 u. 2.) Die Kranke, eine 35jährige Handwerkerfrau, befindet sich schon zum vierten Male in der Anstalt. Ihre Eltern und Grosseltern sollen gesund gewesen sein, doch ist eine Schwester blödsinnig. Seit 13 Jahren besteht Epilepsie, deren Ursache nicht hat in Ermittelung gebracht werden können. Die epileptischen Anfälle erfolgen zu sehr unregelmässigen Zeiten und in sehr verschiedener Form und Stärke. Bald sind es klassische klonische Krampfanfälle, die keine bemerkenswerthe Benommenheit zurücklassen oder von schweren postepileptischen Anfällen gefolgt sind, — bald verläuft der Anfall unter der Form des petit mal, bald treten auch nur leichte, rasch vorübergehende Schwindelanfälle ein. Der Zustand hat sich in den letzten Jahren insofern verschlimmert, als die Anfälle meist ohne Aura eintreten und häufiger, als sonst, post-

epileptische Bewusstseinsstörungen im Gefolge haben. Dieselben verlaufen meist in furibunder Weise unter Toben und Schreien. Nicht immer jedoch ist das Bewusstsein dabei ganz geschwunden, die Kranke kennt meistens ihre Umgebung und bringt sie mit den hallucinatorischen und visionären Vorstellungen, von denen sie gerade beherrscht wird, in Verbindung. Auch ist bemerkenswerth, dass anstatt düsterer und melancholischer Visionen, wie sie sonst den postepileptischen Vorstellungskreis zu beherrschen pflegen, hier vielmehr heitere und maniakalische Bilder die Seele erfüllen. — Wir sehen hier die Kranke in postepileptischer ekstatischer Verzückung, die zugleich nicht ganz frei von erotischen Elementen ist. Nach hinten übergeworfen, den Kopf rückwärts und zur Seite gebeugt, dia Arme ausgebreitet, das verzückt lächelnde Gesicht nach oben gerichtet, spricht sie in lauten Tönen vom Himmel, von den lieben Engeln und manch anderem Lieben. Dergleichen Zustände pflegen mehrere Tage anzuhalten und entweder unmittelbar oder nach einem kurzen Durchgange durch einen gereizt-zornmüthigen Zustand, in ruhigere Stimmung mit aufgeklärtem Bewusstsein, während dessen die Kranke arbeitet und sich verträglich zeigt, überzugehen. Doch bleibt auch während dieser Zeiten die Stimmung unsicher, jede Kleinigkeit kann den Gleichmuth der Seele trüben und Zank und Streit hervorrufen. Aus der Physiognomie der sich hier uns zum zweiten Male vorstellenden Kranken spricht zwar Heiterkeit und gute Laune, zugleich aber auch eine gewisse Schlagfertigkeit, die jederzeit zur Offensive überzugehen bereit ist.

26. Krankenvorstellung. Epileptisches Irresein. Ein ganz anderes Bild bietet der junge Mann (Taf. 19, Fig. 2). Er ist 25 Jahre alt, Bäckergeselle, und leidet schon seit 10 Jahren an Epilepsie, weshalb er auch nie aus dem elterlichen Hause gekommen ist. Seine Mutter ist geisteskrank gewesen. Gestern hat er plötzlich einen heftigen Tobsuchtsanfall bekommen, weshalb er der Anstalt zugeführt werden musste. Bei seiner Aufnahme war zwar das Bewusstsein nicht ganz geschwunden, aber sehr getrübt. Er weiss nicht, wo er sich befindet, doch erkennt er den Arzt und antwortet auf seine Fragen. Auf dem Sopha sitzend, zerknittert er seinen Hut und macht mit dem ganzen Körper automatische Bewegungen nach der rechten Seite hin, während die Hand ebenso nach dem Boden greift. Nur mit Widerstreben lässt er sich baden und zu Bett bringen. Er liegt eine Stunde lang ganz ruhig, dann aber bricht ein sehr heftiger klassischer Krampfanfall unter Betheiligung der Gesammtmuskulatur aus. Unmittelbar daran schloss sich der traumhaft-visionäre Zustand, in dem wir den Kranken jetzt noch sehen. Er spricht und antwortet nicht, ist überhaupt nicht laut, aber sonst sehr unruhig und schwer zu halten Die hagere blasse Miene mit den tief in den Höhlen liegenden, düster brennenden Augen drückt Furcht und Misstrauen aus. Er sucht offenbar irgend einem Gegenstand oder einer Person, die ihn ängstigt, zu entfliehen, wobei er fortwährend nestelnde Bewegungen am Halstuche macht. — Wir haben es also hier sowohl mit einer präepileptischen, als auch postepileptischen Bewusstseinsstörung zu thun. Beide Phasen

unterscheiden sich dadurch, dass zur letzteren noch Elemente der Angst und wahrscheinlich auch Gesichtshallucinationen hinzugetreten sind.

Nachtrag. Nachdem Angst und Verworrenheit sich nach einigen Tagen gelegt, und damit auch Ruhe und Besonnenheit zurückgekehrt waren, wurde der Kranke vier Wochen darauf entlassen. Er war wieder arbeitsfähig, Miene und Wesen des schweigsamen Menschen machten aber immer noch einen unheimlichen Eindruck.

14. Krankenskizze. Epileptisches Irresein. Der 28-jährige Matrose J. H. wurde der Anstalt aus dem Untersuchungsgefängniss zugeführt. Er zeigte gar keinen krankhaften Affekt, auch seine Haltung war ruhig und besonnen. Doch traten alsbald unverkennbare Wahnideen zu Tage. So beschuldigte er sich, in Ungarn seine Frau, weil er sie im Ehebruche ertappt habe, getödtet zu haben. Auch seine jetzige Braut habe er erstochen, weil sie ihm untreu geworden sei, weshalb er sich auch freiwillig der Behörde gestellt habe. Er schmückt diese Erzählungen, die, wie hier bald bemerkt werden mag, ganz und gar erfunden sind, mit allerhand romanhaften Zuthaten aus, trägt sie aber mit dem Tone der Ueberzeugung vor.

Aus seinem Vorleben konnte Folgendes in Erfahrung gebracht werden. H. ist aus guter Familie. Erbliche Veranlagung, Syphilis oder Alkoholmissbrauch sind auszuschliessen. Dagegen wird festgestellt, dass er als 13jähriger Knabe beim Spielen einen heftigen Steinwurf an den Hinterkopf erhalten hat, so dass er bewusstlos zu Boden gefallen war. Die sich daran anschliessende Krankheit, über welche nichts Näheres mehr angegeben werden konnte, dauerte fünf Jahre, H. selbst führt auf diese Verletzung seine spätere Krankheit zurück.

Er widmete sich dann dem Seemannsberufe, und zwar der Kaiserl. Marine, musste aber wegen einer beim Schiessen erlittenen Verletzung den Dienst quittiren. Von da beginnt ein durch zeitweisen Aufenthalt in Gefängnissen und Kranken- oder Irrenhäusern unterbrochenes wechselvolles und abenteuerliches Leben. Nachdem H. wieder verschiedene Seereisen gemacht, wurde er auf einer inländischen Dampfer - Gesellschaft Billeteur. Als solcher heirathete er, 22 Jahre alt, in Ungarn. Seine Frau starb aber nach dreijähriger Ehe, als er sich gerade auf einer Reise nach Constantinopel befand. Seit diesem unerwarteten Schlage, sagt H., habe sich sein Leiden noch verschlimmert, Sinnestäuschungen hätten sich dazu gesellt, und sein unstätes Wesen habe ihn verhindert, Dienstgeschäfte zur dauernden Zufriedenheit seiner Vorgesetzten



Fig. 1.
Epileptische Ekstase.



Fig. 2.
Dieselbe im mittleren Erregungszustand.

versehen zu können. Er hat damals verschiedene Anstalten zur Cur aufgesucht, wobei die eigenthümlichen Wahnideen und Selbstbezichtigungen, die das Krankheitsbild auszeichnen, zuerst hervortraten. Später arbeitete er im Geschäft eines Verwandten als Schreiber, entwich jedoch ohne besondere Ursache und trieb sich abenteuernd in Norddeutschland herum, vielfach wiederum in Krankenhäusern und Irrenanstalten Aufenthalt nehmend. Im Dienste auf einem überseeischen Dampfer wurde er wieder von einem schweren, mit Hallucinationen und Wahnideen einhergehenden epileptischen Anfalle heimgesucht. Zuletzt arbeitete er in einer Kistenfabrik, verliess jedoch die Stelle wieder, um sich auf's Neue einem abenteuerlichen Leben hinzugeben. — Auch mit den Gerichten ist H. während dieser Jahre vielfach in Berührung gekommen. Nicht bloss, dass er sich mitunter selbst unter stets denselben Selbstanklagen, Frau und Kinder oder seine Braut ermordet zu haben, stellte, ist er auch einige Male des Diebstahls überführt und dieserhalb bestraft worden.

Der Kranke ist von grosser, schlanker Figur, kräftig gebaut und von guter Ernährung. Am Kopfe ist keine schmerzhafte Narbe zu entdecken, der rechte Mittelfinger ist verstümmelt. Die inneren Organe ergeben sich als gesund. Nach einigen Tagen ist Beruhigung eingetreten. Der Kranke wird mit Gartenarbeit beschäftigt, muss aber, äusserer Verhältnisse wegen, nach einigen Wochen entlassen werden.

Wir finden hier eine chronische Geisteskrankheit, die sich erstlich durch typische epileptische Anfälle und zweitens durch periodisch auftretende Wahnideen von stets gleichem Inhalte, nämlich der Vorstellung der Beeinträchtigung (Ehebruch, Untreue) und von ihm zur Abwehr oder aus Rache begangener Mordthaten charakterisirt. Die Wahnideen kommen entweder in Begleitung und im Anschluss an epileptische Krämpfe, oder auch ohne dieselben vor, in welch' letzterem Falle sie an Stelle der epileptischen Anfälle als sogenannte Aequivalente auftreten. Auch in den anfallsfreien Zeiten ist H. keineswegs normal. Vielmehr macht sich auch alsdann ein unruhiges, verworrenes Wesen, oder melancholische und gereizte Stimmung bemerklich. Die Wahnideen treten zwar zurück, werden aber augenscheinlich nie ganz aufgegeben. Dieser Zustand chronischen Hirnleidens besteht höchst wahrscheinlich in seinen ersten Anfängen schon seit der im Jahre 1873 erlittenen Kopfverletzung, scheint aber anfänglich sich mehr latent verhalten zu haben und ist erst, wie es scheint, seit dem Jahre 1885 in der Form epileptischen Irrsinns deutlich nach Aussen getreten. Der Fall trägt auch manche Züge des traumatischen Irreseins (s. Kap. 22, E),

namentlich den Hang zur Vagabondage, sowie den sittlichen Niedergang überhaupt, und kann als ein gemischter traumatisch-epileptischer bezeichnet werden.

15. Krankenskizze. Hystero-epileptische Anfälle. Ein 16jähriges Dienstmädchen ward plötzlich von Geisteskrankheit befallen. Sie fing in der Nacht, nachdem sie noch ganz gesund zu Bett gegangen war, plötzlich an, zu toben, goss sich Wasser über den Kopf und schnitt sich die Zöpfe ab. Nachdem sie mit Mühe beruhigt worden war, brach am folgenden Tage ein ähnlicher Anfall aus, worin sie gleichfalls verkehrte Handlungen beging, sich die Füsse zusammenband, ein Tuch in den Mund steckte und dergl. Sie gab später an, dass sie, in ihre Stube tretend, einen Mann mit schwarzer Maske gesehen habe, und darüber erschrocken sei.

Bei der Aufnahme zeigt sich die Kranke als ein kräftiges, normal entwickeltes Mädchen Die Menstruation soll vorhanden, aber spärlich sein. Erblichkeit liegt nicht vor. Auch eine sonstige Ursache der Erkrankung ist nicht nachzuweisen. Sie ist ruhig und giebt auf Fragen, wenn auch langsam und nach längerem Besinnen, Antwort. Doch weiss sie nicht, wie sie soeben hergekommen, ob zu Fuss oder zu Wagen, erinnert sich auch nicht, wer sie gebracht hat. Aengstlichen Affekt zeigt sie nicht gerade, ist aber scheu und zurückhaltend in ihrem Wesen.

Am dritten Tage bekam die Kranke plötzlich Krämpfe, die sich seitdem bis zu ihrer nach 6 Wochen erfolgten Entlassung noch öfters wiederholt haben. Der Verlauf war jedesmal der, dass sie zuerst ruhig dalag und auf Befragen nicht antwortete, auf starkes Anrufen alsdann die Augen öffnete und mit verständnisslosem Ausdrucke den Arzt starr und stier anblickte. Darauf begannen schwache rythmische Zuckungen in den Armen und Schultern, die aber rasch auf den ganzen Körper übergingen und so heftig wurden, dass derselbe im Bett in die Höhe flog. Nach etwa drei Minuten war der Anfall, der ganz und gar einem epileptischen glich, beendet und die Kranke schlief so fest ein, dass sie durch Anreden nicht zu erwecken war. Die Pupillen waren während des Anfalles weit, reagirten aber auf Lichteinfall. Nach dem Erwachen war Amnesie für den Krampfanfall und die Vorgänge während desselben vorhanden. Bemerkenswerth erscheint noch, dass durch starken Druck auf die Nervenstämme der Extremitäten sofort Krämpfe ausgelöst werden konnten, sowie, dass die Kranke durch einen kalten Wasserstrahl erweckt werden konnte. Psychisch traten während der ganzen Dauer der Beobachtung Reizbarkeit,

Verstimmung, Aengstlichkeit und gelegentliches verkehrtes Handeln hervor.

16. Krankenskizze. Hysterisches Entartungs-Irresein. Fräulein H. R, Clavierlehrerin, wurde im Alter von 23 Jahren der Anstalt übergeben. Sie ist eine kleine, zart gebaute Person von blassem und etwas gedunsenem Aussehen. Chlorotische Erscheinungen sind sonst nicht vorhanden, auch soll die Menstruation keine Störungen dargeboten haben. Die Familienverhältnisse sind nicht sehr günstig, die Familie ist „nervös", die Kranke ist auswärts in Stellung gewesen und vor Kurzem zur katholischen Religion übergetreten. Sie befindet sich im Zustande des maniakalischen Affekts, zeigt erhöhtes Selbstgefühl, schwärmt in ekstatischer Aufwallung von der beglückenden Macht des neuen Glaubens, spricht viel von der Mutter Gottes und den Heiligen. Dabei ist ihr Benehmen unfreundlich und abweisend. Sie spricht in höhnischem und verletzendem Tone über die evangelischen Diakonissen, deren Pflege sie hier unterstellt ist, verlangt an Fasttagen Fastenspeisen, will in die Messe gehen u. s w. Doch war von vornherein schon die maniakalische Stimmung nicht alleinherrschend, sondern es mischten sich bald melancholische Elemente hinein. Die Kranke war dann sehr still und in sich gekehrt, vernachlässigte sich äusserlich sehr, wurde unrein und musste gefüttert werden. Die durch gleichzeitigen Magencatarrh bedingte Nahrungsverweigerung pflegte die Kranke damit zu motiviren, dass sie behauptete, es sei ihr geboten, zu fasten, und zwar geschah dies auch ausserhalb der kirchlichen Fastenzeiten.

Allmälig, im Laufe von 9 Jahren, hat sich der Zustand immer mehr verschlimmert, die religiösen Strebungen, die dem äusseren Auftreten ursprünglich noch einen gewissen Halt verliehen, sind fast ganz in den Hintergrund getreten. Die Kranke spricht fast gar nicht mehr davon und hat in dieser Beziehung keine Bedürfnisse mehr. Die Stimmung ist immer unklarer und verwaschener geworden. Ausbrüche rohen Trotzes und hämischer Schadenfreude wechseln mit stundenlangem unmotivirtem Weinen und Schreien. Die Handlungen bewegen sich fast nur auf dem Wege des Verbotenen. Mit besonderer Schlauheit weiss die Kranke ausfindig zu machen. womit sie Andere verletzen, kränken oder in Verlegenheit setzen kann und versäumt alsdann nicht, wenn sie irgend dazu im Stande ist, es in Scene zu setzen. Sie entwendet anderen Kranken ihre Sachen und versteckt sie oder zerreisst sie höhnisch vor ihren Augen Mit Vorliebe steckt sie auch Sachen in's Closet, schon deshalb, weil sie weiss, dass sie damit zugleich dem Hause Un-

gelegenheiten bereitet. Sie zerreisst ihre Kleider, zerstört heimlich die Bettstelle oder sucht die Fensterschrauben zu lockern. In keifendem Tone, mit einem Aufwand von scheinbaren Gründen sucht sie dann wohl solche Uebelthaten zu rechtfertigen. Für irgend eine Beschäftigung, Lesen oder eine leichte Handarbeit hat sie nicht das mindeste Interesse mehr, Clavierspiel hat sie hier überhaupt nie mehr getrieben. Auch der gemüthliche Zusammenhang mit ihren Angehörigen ist vollständig gelockert Mitunter verlangt sie wohl stürmisch, sie zu sehen, weist sie aber, wenn ihre Bitte erfüllt wird, launisch zurück, um es hinterher wieder in einem unter wüstem Schreien hervorbrechenden Thränenstrom zu bereuen. Nur ganz selten durchbricht einmal auf kurze Zeit ein Lichtstrahl aus besseren Tagen die verdüsterte Stimmung. Die Kranke ist dann liebenswürdig, dankbar, gefällig, aber nur auf Stunden Nicht lange, und die alte Finsterniss kehrt zurück — Auch erotische Elemente sind mittlerweile in den Ideenkreis eingedrungen und äussern sich in der allerhässlichsten Form. In Zeiten der Aufregung entströmen die unglaublichsten Obscönitäten ihrem Munde. Doch ist Masturbation nicht beobachtet worden, wird wenigstens nicht offen betrieben. — Endlich haben sich auch Geruchsperversitäten eingestellt, wofür die Thatsache spricht, dass mit Koth geschmiert wird.

So sehen wir jetzt die Kranke im Zustand tiefen immer weiter fortschreitenden seelischen Verfalles. Empfinden, Vorstellen und Handeln sind in gleicher Weise vollkommen aus der Bahn gewichen, und auch die Intelligenz erscheint geschwächt. Die geistige Persönlichkeit ist ganz verwandelt, der frühere geistige Hintergrund versunken, das gesammte Seelenleben entartet und jedem noch so geringfügigen oder noch so gearteten inneren oder äusseren Reize willenlos dahingegeben

Als Elemente des Irreseins finden wir hier eine erhöhte Reizbarkeit und Ansprechbarkeit für Gemüthsreize, raschen Umschlag der Stimmung und Launenhaftigkeit, Sinnestäuschungen, namentlich Verkehrtheiten des Geruchsinnes, verkehrte und aggressive Handlungen mit räsonnirender Rechtfertigung, obscöne Vorstellungen und Strebungen, Intelligenzschwäche, Energielosigkeit und wahnhafte Umwandlung der psychischen Persönlichkeit Keines dieser Zeichen ist pathognomonisch, aber alle zusammen und jedes an seiner Stelle helfen sie das Bild des hysterischen Entartungs-Irreseins unverkennbar zusammensetzen.

17. Krankenskizze. Neurasthenisches Irresein aus Zwangsvorstellungen. (Aus einem in der Vierteljahrsschr. f ger. Mediz., N. F., XLIII, 2, von mir veröffentlichten Gutachten.)

Herr S. N., 47 Jahre alt, unverheirathet, Schriftsteller, ist der einzige überlebende Sohn (3 Geschwister sind gestorben) eines hiesigen Kaufmanns. Der Vater, jetzt auch schon längst verstorben, ist von verschiedenen Seiten als „ein etwas sonderbarer, excentrischer Mann“ geschildert worden. Die Mutter, eine hochgebildete Dame von starkem Charakter und hervorragender Intelligenz, lebt noch in dem Alter von 74 Jahren.

Herr S. N. soll als Kind bis in das Entwicklungsalter hinein von zarter, selbst schwächlicher Constitution gewesen sein Von ernsteren Krankheiten, die namentlich sein Gehirn- und Nervenleben bedroht hätten, wird jedoch nichts berichtet. Seine Erziehung war die gewöhnliche der höheren Stände er absolvirte das Gymnasium, machte sein Abiturienten-Examen und studirte alsdann Jura. Seine Freunde aus damaliger Zeit schildern ihn als eine fein organisirte, vornehme Natur, deren Umgang gern gesucht wurde. Allerdings seien schon damals gewisse Eigenthümlichkeiten seines Charakters deutlich hervorgetreten, namentlich eine gewisse Schüchternheit und Reserve, auch Ungleichmässigkeit und wechselndes Verhalten im Verkehr mit seinen Freunden, was auf schon damals vorhandene zeitweise Stimmungsanomalien schliessen lässt. Auch die intellektuelle Seite seines Wesens sei nicht gleichmässig ausgebildet gewesen. Für streng wissenschaftliche Dinge habe er wenig Neigung und Geschick gezeigt, dagegen in den fremden Sprachen, sowie durch hervorragende Formengewandtheit im Gebrauche der Muttersprache schon damals sich ausgezeichnet.

Thatsache ist, dass er sein Studium nicht vollenden konnte und eine eigentliche Berufsthätigkeit nie ergriffen hat. Er fing später an, sich literarisch zu beschäftigen, namentlich Uebersetzungen aus alten und neueren Sprachen zu liefern, Arbeiten, welche sich in der That durch Geschmack und Formengewandtheit auszeichnen und von berufenen Fachmännern auf das Günstigste beurtheilt worden sind Leider gewährten diese Arbeiten nicht die erwünschten materiellen Mittel, und so blieb Herr N materiell von seiner inzwischen verwittweten Mutter nach wie vor bis in sein vorgerücktes Mannesalter abhängig.

Vor ungefähr 7 Jahren zuerst wurde die Bemerkung gemacht, dass sich gewisse eigenthümliche Angewohnheiten Herrn N.'s in einer Weise gesteigert und einen so zwangsmässigen Charakter angenommen hatten, dass an der krankhaften Natur derselben nicht mehr gezweifelt werden konnte. So konnte Herr N. kein Papierschnitzel liegen sehen, ohne sich darnach zu bücken, es aufzuheben, zu lesen und in die Tasche zu stecken. Er wurde dadurch zuletzt

so auffällig, dass er in T., wohin er mit seiner Mutter verzogen, das Papiermanndl genannt wurde und Knaben sich den Scherz machten, Papierschnitzel auf seinen Weg zu streuen. Dasselbe war es mit den Etiquetten in Regenschirmen, Hüten und Mützen, Wagenschildern, Droschkennummern. Kamen fremde Leute, z. B Arbeiter in's Haus, so ruhte er nicht eher, als bis er, oft dadurch, dass er sich denselben in auffälliger Weise näherte und Gespräche mit ihnen anknüpfte, Hut oder Mütze erlistet und die Etiquette gelesen hatte Selbst die Taschentücher der Damen waren in Gesellschaften nicht vor ihm sicher, er suchte sie heimlich zu escamotiren, um Nummer und Marke zu lesen. Auch hatte er die Gewohnheit, sich irgend beliebigen Leuten niederen Standes, namentlich Drehorgelspielern zu nähern, um sie über die gleichgiltigsten Dinge, über Namen, Alter, ob verheirathet, wie viel Kinder etc. auszufragen. Seine Fragesucht war überhaupt sehr auffallend, Alles und Jedes suchte er durch Fragen zu erkunden, doch immer nur Gegenstände des gewöhnlichen Lebens, was ihm gerade in Auge und Sinn kam. Warum steht die Leiter dort? wann wird sie wieder abgeholt? wie heisst der Mann, der sie gebracht hat? und dergl. Gelingt sein Vorhaben, erhält er die erwartete Antwort möglichst bestimmt und zweifelsohne, so ist er beruhigt, kann er dagegen nicht zum Ziele kommen, so wird er sehr unruhig, ängstlich, aufgeregt und heftig. Ueberhaupt trat eine gewisse Reizbarkeit seines Wesens schon damals immer mehr in den Vordergrund. Bei der geringsten Kleinigkeit konnte er aufbrausen und seiner Mutter die widerwärtigsten Scenen bereiten. Diese Zustände traten in wechselnder Intensität und Dauer auf, es wurden langdauernde Remissionen beobachtet, in denen der Kranke in seinem Wesen wenig Auffallendes darbot. Seine literarischen Arbeiten nehmen dabei ihren ungestörten Fortgang. Ferner Stehenden hat Herr N. überhaupt wohl kaum als gemüthskrank, höchstens als bizarr und als Sonderling gegolten. Seine gesellschaftlichen Beziehungen wenigstens, welche ihn in die angesehensten Kreise der Residenz führten, scheinen bis zuletzt ungestört aufrecht erhalten geblieben zu sein. Da wurde im December 1875 die inzwischen nach B. verzogene Mutter durch einen Brief des Herrn T. aus T. allarmirt, welcher, gestützt auf einen sorgfältigen Indicienbeweis, die Ueberzeugung aussprach, dass Herr N. dem unnatürlichen Laster der Päderastie ergeben sei und auf schleunige Entfernung aus T. drang In Folge dieser mit aller nothwendigen Bestimmtheit auftretenden Nachricht wird im Familienrathe beschlossen, Herrn N. in die Privatanstalt des Dr. F. zu N. zu bringen, und wird die Uebersiedelung im Januar 1876 vollzogen.

Dort wird Herr N., nachdem Herr Dr. F. seine Ueberzeugung von der Nothwendigkeit einer Curatelbestellung ausgesprochen, und nachdem von dem Genannten, sowie von Herrn Dr. T. gleichfalls zu N. und Director L. aus M. ein Gutachten des Inhalts, dass Explorat an Zwangsvorstellungen leide und zur eigenen Wahrnehmung seiner Angelegenheiten nicht im Stande sei, erstattet, auf Antrag der Mutter durch Dekret des O.-Gerichts zu B. im Juni 1876 interdicirt. Im Herbst Uebersiedelung nach B. Später auf Wunsch des Herrn N. längerer Aufenthalt bei dem ihm befreundeten Dr. R. in H., endlich wieder Rückkehr nach B. in die Wohnung der Mutter.

Hier kamen im Laufe der Zeit wieder solche Unzuträglichkeiten zum Vorschein, die Reizbarkeit des Kranken, theilweise genährt durch äussere Einflüsse, erreichte mitunter eine solche Höhe, dass derselbe seitens des Curators auf Grund eines die Gemeingefährlichkeit aussprechenden Gutachtens der Herren Dr. B., Dr. R. und Dr. E. im September 1878 der hiesigen Irrenanstalt überliefert wurde.

Herr N. ist ein mittelgrosser, gut genährter, wohlgebildeter Mann, der durchaus keine körperlichen Abnormitäten, weder in den Sexualtheilen, noch in der Schädelbildung, aufweist Die Haltung ist aufrecht, nur der Kopf wird etwas nach vorn übergebeugt getragen und der Blick ist häufig sinnend zu Boden oder träumerisch in die Ferne gerichtet. Die Gesichtszüge sind angenehm, von freier und edler Bildung. Ausdrucks- und Sprechweise etwas zögernd, gewählt, als würde nach dem richtigen Worte gesucht, jedoch keineswegs geziert und in Augenblicken starker psychischer Erregung auch von rascherem Flusse. Sein Benehmen ist stets etwas reservirt, nicht frei von (subjectiv nicht ganz ungerechtfertigtem) Misstrauen Ueber seine absonderlichen Gewohnheiten lässt er sich freiwillig gar nicht aus, es ist, als hielte ihn ein gewisses Schamgefühl davon zurück Doch leugnet er auch das Vorhandensein derselben nicht ab, ja er erwähnt noch verschiedener anderer ähnlicher Gewohnheiten. So müsse er, wenn er mit bisher unbekannten Personen das erste Mal verkehre, sich neben sie hinstellen, um seine Länge an der ihrigen zu messen, was er dann möglichst unbemerkt zu machen bemüht sei, um nicht Aufsehen zu erregen. Eine Zeitlang habe er die Nöthigung empfunden, sich zu vergewissern, ob die ihm auf der Strasse begegnenden Männer eine Uhrkette trügen oder nicht. Von diesem letzteren Uebel sei er jetzt frei. Jede Ungewissheit peinige ihn, er gerathe darüber oft so in's Grübeln, dass er vor Angst und Unruhe nicht aus und ein

wisse und die Nächte nicht schlafen könne, obgleich ihm sein Verstand das Nutzlose und Widersinnige einer solchen Selbstquälerei sage. Jetzt quälten ihn seine Grübeleien über sein Schicksal unbeschreiblich, warum es so habe kommen müssen, ob er etwas dazu habe thun können, um es abzuwenden, ob ein Entrinnen ihm noch möglich sei etc Er habe diese Fragen, welche ja an sich nicht ungerechtfertigt seien, sich schon tausendmal selbst beantwortet, aber das Quälende und Krankhafte bestehe eben darin, dass sie trotzdem fortwährend wieder auftauchten.

Dass er in diese absonderlichen Gewohnheiten und diese Grübeleien verfallen sei, daran sei hauptsächlich sein eigenthümlich gestalteter Lebenslauf Schuld gewesen. Trotz allen idealen Strebens oder vielmehr in Folge desselben sei er nie zu materieller Selbstständigkeit gelangt, vielmehr stets von seiner Mutter abhängig geblieben, und im Bewusstsein dieser schiefen Stellung habe er sich allmälig immer mehr isolirt, in sich zurückgezogen und sei so zu einem grübelnden Sonderling geworden. Manche seiner Eigenthümlichkeiten seien übrigens, wie er glaube, die Folge eines alterirten Sinnes- und Vorstellungslebens, die Papierschnitzelmanie z. B. schiebe er auf eine zu starke Contrastwirkung, er habe in der That den grellen Contrast der weissen Farbe auf dunklem Grunde nicht ohne psychisches Unbehagen, um nicht zu sagen Schmerz, ertragen können So sei ihm auch der Lichteffect einer ausgebreiteten weissen Serviette fatal. — Was ferner einzelne andere Sonderbarkeiten anbeträfe, z. B. mit den Uhrketten, den Etiquetten auf Mützen und Hüten, so erklärten sich diese daraus, dass sich bei ihm sofort eine Vorstellung von dem Vorhandensein eines solchen Gegenstandes bilde und er nun den Drang empfinde, diesen rein psychischen Vorgang durch eine nachträgliche Sinneswahrnehmung zu ergänzen. Dasselbe sei es mit bruchstückweise gehörten Gesprächen und einzelnen Worten; er ergänze dieselben dann für sich zu einem ganzen Satze und diese so erhaltene Vorstellung müsse er alsdann durch Nachfrage verificiren, was ihm schon oft als unpassende Neugierde ausgelegt worden sei, während es ihm doch lediglich darum zu thun sei, seiner inneren Vorstellung gerecht zu werden und er ein Willensinteresse an diesen Banalitäten gar nicht habe. Die Objecte seien übrigens nicht immer dieselben, von der Uhrkettenmanie z. B. sei er jetzt befreit Auch träten diese Zwangsvorstellungen und die Grübelsucht nicht immer mit gleicher Intensität auf und am besten schütze ihn literarische Arbeit davor. Diese selbst sei ihm nie schwer gefallen, die Ge-

danken flössen ihm leicht und mühelos und oft in solch mächtiger Fülle zu, dass er sie kaum in Formen fassen könne.

Es mag hier zugleich bemerkt werden, dass, wie schon aus obigen Anführungen hervorgeht, die Intelligenz des Kranken durchaus intakt geblieben ist und nicht die mindeste Schwäche verräth. Es ist wahr, der Kranke ist oft befangen in seinem Urtheil, aber diese Befangenheit entspringt alsdann lediglich einer durch den bisherigen isolirten Lebensgang genährten zu concentrischen und subjectiven Lebensanschauung, keineswegs aber einer habituellen Schwäche. Herr N. ist harmlos, trotz aller Aeusserungen krankhaften Affektes gutmüthig, mit seinen geistigen und gemüthlichen Interessen ganz nur auf seine literarischen Beschäftigungen zurückgezogen, unerfahren und unbeholfen in den meisten Dingen dieser Welt, mitunter in Folge eben der engen Begrenzung seiner Lebensinteressen fast puëril, — aber schwachsinnig ist er nicht. Wer in so gelungener Weise nachfühlend und nachdichtend einen der schwierigsten und gedankenreichsten französischen Dichter übertragen kann, wer selbst in so gelungener Weise producirt, der kann nicht schwachsinnig sein. Höchstens darf man von einer einseitigen Begabung sprechen.

Andererseits lässt sich allerdings nicht leugnen, dass Herr N., vermuthlich durch erbliche Belastung, psychopathisch veranlagt ist. Schon diese Einseitigkeit der Begabung, welche ihn zu einem harmonisch gestalteten Leben nicht hat kommen lassen, sondern einen schrankenlosen Subjectivismus begünstigt hat, liegt, so glänzend sie sich auch äussern mag, entschieden jenseits der Grenze des Normalen. Seine Angewohnheiten und Eigenheiten ferner äussern sich zwar in unschädlicher und scurriler Weise, aber vom psychopathologischen Standpunkte tiefer erfasst sind sie, wie dies auch seiner Umgebung zweifellos war, keineswegs bloss harmloser Natur, sondern zeigen vielmehr durch die zeitweise Beherrschung des Vorstellungslebens und den impulsiven Charakter der damit verbundenen Handlungen deutlich ihr krankhaftes psychopathisches Herkommen. Solche weniger typisch als individuell sich äussernde Zustände lassen sich schwer in ein klinisch-psychiatrisches Schema eintragen. Doch kommt der vorliegende Fall am nächsten der von französischen Irrenärzten (Falret, Baillarger) aufgestellten „maladie du doute“ (1. Stadium) oder der Grübelsucht Griesinger's.

Eine zu dem klinischen Bilde gehörige Seite ist bisher, um sie im Zusammenhange darstellen zu können, absichtlich unberührt geblieben, — die sexuelle Sphäre. Man hat gegen Herrn N. die

Beschuldigung erhoben, dass er Päderast sei; man stützte sich jedoch keineswegs auf das eigene Geständniss des Beschuldigten oder auf direkten Zeugenbeweis, sondern lediglich auf Indicien. Es lässt sich nicht leugnen, dass letztere dringend genug waren. Das eigenthümliche, zum Theil heimliche Gebahren des Beschuldigten, seine auffallende Sucht, sich Männern niederen Standes zu nähern, hatten ihn schon in den Mund der Leute gebracht, man rief ihm spottend „Spinatier" nach Es ist auch durchaus nicht ausgeschlossen, dass er, da er einmal in solchem Rufe stand, von Männern, die diesem Laster huldigten, aufgesucht und verfolgt wurde. Herr N. behauptet dies mit Bestimmtheit. Dazu kommt das Sonderbarste, was man sich denken kann und was zugleich einen weiteren tiefen Einblick in das gestörte Vorstellungsleben des Unglücklichen thun lässt. Es ist bekannt, dass Herr N. eines Abends im Frühjahr 1877 auf der R . . Chaussee schwer gemisshandelt worden ist und dass der zu dreimonatlicher Gefängnissstrafe verurtheilte Thäter sich damit entschuldigt hat, dass Herr N. unsittliche Aufforderungen an ihn habe ergehen lassen. Herr N. nun stellt die Sache folgendermassen dar:

Er habe nie in seinem Leben überhaupt sexuelle Regungen in zwingendem Masse verspürt, weder zum Weibe, noch viel weniger zum Manne. Diese Gefühlsstumpfheit habe ihn, da er doch wisse, dass dies nicht normal sei, gewundert, später geängstigt, und so sei ihm der Gedanke aufgetaucht und er später in's Grübeln darüber verfallen, ob seine Geschlechtstheile auch normal gebaut seien, und so habe er mitunter den Zwang verspürt, die Geschlechtstheile anderer Männer mit den seinen zu vergleichen und diesbezügliche Aufforderungen an sie zu richten. Es sei dies ein ganz ähnlicher Drang wie der, seine Körpergrösse mit der Anderer zu messen. Er habe diesem Zwangstriebe, den er übrigens jetzt nicht mehr verspüre, in einzelnen Fällen nachgegeben, obgleich ihn Ekel und Widerwillen erfüllt hätten. Gegen das weibliche Geschlecht fühle er an sich gar keine Abneigung, eher das Gegentheil, aber der polare Strom sei nicht mächtig genug in ihm, und thatsächlich sei er jungfräulich durch's Leben gegangen.

Das Alles klingt sehr wunderbar, aber trotzdem hat die Erzählung volle Glaubwürdigkeit. Denn das Motiv ist conform der Thatsache, dass der Kranke von den verschiedensten Zwangsvorstellungen gepeinigt wird und widerspricht den sonst an ihm gemachten Beobachtungen nicht. Man darf hier nicht sagen: „Aber das wäre ja vollkommen verkehrt, wenn N. das Bedürfniss verspürte, sich über seine Körperbildung zu unterrichten, warum fragte er

dann nicht lieber einen Arzt?" — denn der Unglückliche ist eben leider nicht normal, in manchen Dingen fühlt er und stellt er anders vor, als andere Menschen.

Gegen Päderastie spricht ferner auch das Benehmen des Kranken, seine scheue verschlossene Art und nicht zum Wenigsten die Natur seiner Krankheit selbst. Es ist wenigstens nicht anzunehmen, dass Jemand, der so tief in selbsbeschaulichen Subjectivismus versunken ist, wie unser menschenscheuer Kranker, sich jemals so weit objectiv entäussern könnte, wie dies zur Vornahme solcher Handlungen nöthig ist.

Die sonst angeführten Indicien sind nicht viel werth. Wenn die Aeusserung von ihm: „Ich werde noch im Zuchthause sterben," zum Beweise eines indirekten Geständnisses verwerthet wird, so muss bemerkt werden, dass sie viel eher als ein, bei seinem abnormen Seelenzustand wohl erklärlicher Ausdruck rathloser Angst und Verzweiflung anzusehen ist.

Warum er sich vorzugsweise Männern niederen Standes anzuschliessen pflegt, ist oben schon auseinandergesetzt und gleichfalls aus krankhaften Motiven zu erklären. Dass er gerade für Orgeldreher und „Histrionen niederen Ranges" schwärmt, ist gleichfalls so auffallend nicht; denn auch für normal angelegte Naturen hat die Romantik des vagabondirenden Künstlervolks immer noch einen gewissen unbewussten Zauber geübt, warum sollte sie es nicht für Kranke?

Baillarger erzählt einen Fall, der auch in anderer Beziehung frappante Aehnlichkeit mit unserem Kranken darbietet (Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten, S 482).

Ein 60jähriger Kranker war seit seinem 15. Jahre, so oft er in's Theater geht, immer innerlich angehalten, alles auf die auftretenden Schauspielerinnen Bezügliche, als Geburt, Alter, Familie, Lebensweise zu erkunden. Dieser Zwangsgedanke versetzte den unglücklichen Patienten oft in namenlose Angst. Seine mittlerweile vorgenommene Verheirathung änderte nichts an der Macht der fixen Idee Schliesslich war er genöthigt, auf Schritt und Tritt Jemand mit sich zu nehmen, welcher bezüglich jeder begegnenden Frau sich nach den Kategorieen der Zwangsgedanken der Reihe nach erkundigen musste. Schliesslich geht er nur noch Nachts aus und reist nur noch mit Nachtzügen. Als er bei einem dieser Anlässe, rasch sein Billet nehmend, sich die Frau an der Kasse nur rasch angesehen, peinigt ihn die Versäumniss der gewohnten Frage so, dass er, an seinem Reiseziele angekommen, seinen Begleiter nochmals fragt, ob die Frau „schön" gewesen? Als dieser verwundert seine

Unwissenheit darüber ausspricht, bricht bei dem Kranken die Krise aus, und sofort muss Jemand zurückreisen, um die Besichtigung nachzuholen und dadurch dem angsterfüllten Kranken seine Ruhe wiederzugeben.

Niemandem wird es darum einfallen, diesen Kranken verbotener sexueller Neigungen zum anderen Geschlecht zu bezichtigen. —

Wenn in Vorstehendem somit der Vorwurf der Päderastie entkräftet erscheint, so muss doch gegentheils hervorgehoben werden, dass eine sexuelle Gefühlsstumpfheit vorliegt, eine Abnormität, welche einen weiteren Beweis für die psychopathische Belastung erbringt.

18. Krankenskizze. Choreatisches Irresein. Eine 29jährige zart gebaute Segelmacherfrau, Mutter von drei Kindern, wird von akutem Gelenkrheumatismus mit Endocarditis befallen. Nach fast dreimonatlichem Bestande lassen die heftigsten Erscheinungen nach, dafür tritt aber Chorea ein und im Anschluss an letztere starke psychische Erregung, die die Ueberführung in die Anstalt nöthig macht.

Die Kranke leidet an starken Angstgefühlen, sowie an Gesichts- und Gehörshallucinationen. Sie sieht schreckhafte Gestalten und hört fortwährend Glockenläuten, das sie auf ihre bevorstehende Hinrichtung deutet. Sie schläft und isst sehr wenig, befindet sich in fortwährender Muskelerregung und strebt zum Bett hinaus. Die choreatischen Mitbewegungen sind noch sehr stark, namentlich am Rumpf, Schultern und Armen und im Gesicht. Die Kranke muss fortwährend die Augen auf- und zumachen, die Augenbrauen befinden sich in fortwährender Bewegung. Die Sprache ist wegen Betheiligung der Lippen- und Schlundmuskeln, sowie der Zunge, sehr behindert und schwerverständlich, das Essen gleichfalls erschwert. Die Kranke speichelt viel und hat Schaum vor dem Munde. — Durch eine Kur mit Fowler'scher Lösung wurde bald Linderung der choreatischen Beschwerden erzielt und gleichzeitig mit der körperlichen sank auch die psychische Unruhe. — Nach einem Vierteljahre, während dessen auch die Endocarditis bis auf ein leichtes blasendes Geräusch sich zurückbildete, konnte die Kranke genesen entlassen werden. Rückfälle sind nicht eingetreten.

Siebzehntes Kapitel.

III. Die Vergiftungspsychosen.

Man kann akute und chronische Vergiftungspsychosen unterscheiden.

Die akuten Vergiftungspsychosen werden am häufigsten durch narkotische Gifte erzeugt. Es sind hier zu nennen: Opium, Haschisch (Opium- und Haschisch-Raucher), Tollkirsche, Nachtschatten, Stechapfel u s. w. Auch die Vergiftung durch Mutterkorn in verdorbenem Getreide ist hierher zu rechnen. —

Zu diesen längst bekannten Giften ist in neuerer Zeit noch das Jodoform getreten, welches bei lange fortgesetztem äusserem Gebrauch akute Geistesverwirrung verursachen kann.

Endlich sind auch giftige Gase, namentlich das Kohlenoxydgas und der Schwefelkohlenstoff (Kautschukarbeiter) zu nennen.

Allen diesen akuten Vergiftungspsychosen sind rauschartige Umnebelung des Bewusstseins, Hallucinationen, namentlich des Gesichts, und tobsüchtige Erregung eigen, wenn auch die Krankheitsbilder je nach der Natur des Giftes im Einzelnen mannigfache Abweichungen zeigen.

Der Verlauf und Ausgang richtet sich nach den körperlichen Symptomen. Wird das Leben erhalten, so schwindet auch die Psychose wieder. Kachexie und Verfall in geistige Schwäche wird nur bei dem gewohnheitsmässigen Opiumraucher beobachtet.

Die chronischen Vergiftungspsychosen sind für den Irrenarzt wichtiger. Veranlassung zu denselben giebt entweder der Missbrauch von Reizmitteln, namentlich von Spirituosen, oder von Arzneimitteln, wie Morphium, Cocaïn, Chloroform, Chloral, den Bromsalzen u. s. w. — oder der Genuss verdorbener Nahrungsmittel, beziehungsweise des Mais, — oder endlich der gewerbliche Umgang mit Giften, namentlich mit Blei.

Die in Folge des Genusses von verdorbenem Mais eintretende Psychose ist, wie hier vorausgeschickt werden soll, nur in den Ländern, welche viel Maisbau treiben, namentlich in Ober-Italien einheimisch, und jedesmal mit pellagrösem Ausschlag verbunden. Sie äussert sich in starkem melancholischem Affekt mit Lebensüberdruss und Selbstmordneigung, dem bei raschem Körperverfall hallucinatorische Delirien und Marasmus folgen. — Der Ausgang ist meist tödtlich.

Von hervorragendem praktischen Interesse sind der Alkoholismus und der Morphinismus, weil sie am häufigsten vorkommen und am tiefsten zerrüttend wirken, — und auch die Bleipsychose, weil sie eine wichtige und nicht allzu seltene gewerbliche Krankheit darstellt.

A. Das alkoholistische Irresein.

Unter Alkoholismus versteht man eine durch den gewohnheitsmässigen Missbrauch von Spirituosen bewirkte, mit Erscheinungen des körperlichen und geistigen Verfalls einhergehende und zu Marasmus und Verblödung führende allgemeine Neurose.

Pathogenese. Der geistige Verfall pflegt zumeist auf ethischem und ästhetischem Gebiete zu beginnen. Das Gefühl für das, was er sich selbst und seinen Mitmenschen schuldet, geht dem Trinker zuerst verloren, und die Feinheit des Empfindens stumpft sich ab. Dazu gesellt sich bald Selbstüberhebung, gepaart mit Misstrauen gegen die Umgebung, die seine edlen oder doch guten Eigenschaften, wie er wähnt, nicht genügend anerkenne. Heftige Affektausbrüche sind die gelegentlichen Folgen davon. Abwechselnd hiermit treten Zeiten schwerer Niedergeschlagenheit auf, der Trinker erkennt noch den Abgrund, vor dem er steht, er hat auch die Absicht, dem Laster zu entsagen, vermag es aber nicht aus eigener Kraft, sondern muss immer wieder zur Flasche greifen, die ihm doch wenigstens vorübergehend Kraft und Selbstvertrauen wiedergiebt, wonach freilich um so eher wieder die unausbleibliche Schwächereaktion mit ihrem Gefolge von Gewissensbissen und erneuten Vorsätzen eintritt. — Diese Willensschwäche zeigt sich bald auch auf anderen Gebieten, namentlich dem Berufsleben. Der Kranke bringt nichts Rechtes mehr fertig, er wird vergesslich, träge, und muss, um nur etwas leisten zu können, immer wieder zu dem alten Reizmittel greifen. — Schliesslich leidet auch die Intelligenz, der Kranke wird gedächtnissschwach, stumpf, urtheilsschwach und schliesslich blödsinnig.

Die körperlichen Begleiterscheinungen treten zuerst, wie es scheint, in den Circulationsorganen auf. Die Herzmuskulatur entartet fettig, die Arterien werden atheromatös und der Puls wird klein und langsam. In Folge dessen treten oberflächliche venöse Stauungen ein. Die Haut wird welk und livide gefärbt, capilläre Erweiterungen zeigen sich. — Dazu gesellen sich Störungen in den Unterleibsorganen, zuerst in der Magenschleimhaut, der Leber, die cirrhotisch entartet, und den Nieren. Pneumonien, durch Ueberlastung des kleinen Kreislaufes, oder hydropische Ergüsse machen schon oft in diesem Stadium dem Leiden ein Ende.

Auf sensorischem Gebiete leidet namentlich der Sehapparat. Subjective Gesichtserscheinungen, wie Funkensehen, Mückenfliegen, später Akkomodationsstörungen und Amblyopie treten ein, Hallucinationen, die zuerst allerdings noch ohne das Bewusstsein dauernd zu belasten vorübergehen, gesellen sich dazu. — Auch elementare subjektive Geräusche, Sausen, Dröhnen, Glockenläuten stellen sich ein.

Pathognomonisch sind die Veränderungen auf dem motorischen Gebiete, namentlich das nie fehlende Zittern. Es ist ein paralytisches Intentionszittern, das Morgens am heftigsten auftritt und durch eine entsprechende Dosis Alkohol beseitigt oder ermässigt wird. Am häufigsten wird es an den Händen und der Zunge gefunden, erstreckt sich aber auch auf weitere Parthien des Rumpfes und der Extremitäten. In vorgerückteren Stadien des Alkoholismus tritt Parese der unteren Extremitäten hinzu, sodass der Kranke gar nicht oder nur mühsam an Stöcken und Krücken gehen kann.

Zahlreiche sensible Störungen, namentlich Neuralgien und Hyperästhesien, oder umgekehrt auch Anästhesien, sind schon frühe Begleiter des Leidens, — ebenso Schwindel, Kopfweh, Benommenheit, Unlust u. s. w. Bemerkenswerth ist auch die frühzeitige Abnahme des Geschlechtstriebes.

In einer Anzahl von Fällen beobachtet man neben den sonstigen Erscheinungen auch noch epileptische Krämpfe. Diese sogenannte Alkohol-Epilepsie ist jedesmal eine erworbene, und zwar muss man annehmen, dass durch die chronische Alkoholvergiftung das Gehirn Veränderungen unterworfen wird, die es zur Entstehung epileptischer Anfälle disponiren. Mitunter lässt sich aber das Auftreten von epileptischen Krämpfen auf direkte Ursachen, wie Schädelverletzungen und dergl. zurückführen. Als Gelegenheitsursachen zur Auslösung eines Anfalles oder einer Reihe von Anfällen, denen alsdann häufig ein längeres postepileptisches Stadium der Verworrenheit folgt, dienen gehäufte oder stärkere trunkfällige Excesse.

Die Irreseinsformen, welche sich auf dem neurotischen Boden des chronischen Alkoholismus erheben, sind theils vorübergehende, theils bleibende. Man bezeichnet sie mit dem Namen des Delirium tremens, und des chronischen alkoholistischen Irreseins.

1. Das Delirium tremens.

Das Delirium tremens (Zitterwahnsinn, Säuferwahnsinn im engeren Sinne) ist ein unter Hallucinationen, Verworrenheit, Angstaffekten und Zittern einhergehendes akutes Leiden, das sich episodisch in den Verlauf des chronischen Alkoholismus hineinschiebt.

Das Delirium tremens tritt nicht plötzlich, sondern nach einer Reihe von Vorboten, die auf Herzschwäche und Inanition deuten, ein. Der Puls ist klein und schwach, der Appetit fehlt, Schlaflosigkeit, Kopfweh und präkordiale Angstanfälle gesellen sich dazu. Wird in diesem Zustande ein Trunkexcess begangen, oder umgekehrt gänzliche Enthaltung geübt, wodurch dem Herzen der gewohnte Reiz entzogen wird, so bricht die Krankheit aus. Auch sonstige Umstände, die auf das Herz schwächend einwirken, z. B. fieberhafte Krankheiten, Lungenentzündungen, Verletzungen und dergl. können zu Gelegenheitsursachen werden.

Klinisch ist das Delirium tremens der echte Typus der hallucinatorischen Verworrenheit. Zuerst pflegen Gesichtshallucinationen aufzutreten, ein verworrenes Durcheinander aller möglichen Gestalten, unter denen wohl auch kleine Thiere, wie Ratten, Mäuse, Ungeziefer aller Art, eine Rolle spielen, aber auch vorbeimarschirende Menschenmassen und dergl. Allmälig nehmen diese Gesichtstäuschungen, denen anfänglich der Kranke mehr als müssiger Zuschauer gegenüber gestanden, einen beängstigenden Charakter an, der Kranke glaubt sich bedroht und sucht zu entfliehen. Der Affekt steigert sich, nachdem auch noch bestätigende Gehörshallucinationen dazugetreten. Fehlt dagegen der ängstliche Affekt, so beschäftigen sich die Delirien des Kranken vielfach mit seinen häuslichen Geschäften, er hört seine Freunde rufen, er will anspannen, muss auf's Contor und dergl. — Nicht selten treten auch Gefühlsillusionen dazu. Kleine Furunkeln, Druck auf eine Hautstelle und ähnliche Dinge verursachen Wahnideen, gebissen oder gestochen zu werden, Eingriffe, denen der Kranke lebhafte Abwehr entgegensetzt.

Auf motorischem Gebiete ist das Zittern, von dem die Krankheit den Namen führt, sehr hervortretend. Namentlich stark ist es an den Händen und an der Zunge. In Folge letzteren Umstandes wird die Sprache häufig undeutlich und stockend. Die allgemeine motorische Aufregung pflegt meist sehr beträchtlich zu sein. Der Kranke müht sich ab, den drohenden Erscheinungen auszuweichen, und wälzt sich keuchend und schweisstriefend im Bette.

Die Besinnung ist meist nicht ganz geschwunden. Auf Anreden antwortet der Kranke, freilich oft, ohne seine Umgebung zu erkennen, und sofort wieder in's Delirium zurückfallend.

Auf der Höhe der Krankheit fehlt der Schlaf gänzlich, höchstens tritt zeitweise ein stilles, faselndes Delirium an seine Stelle. Der Schlaf hat eine unbedingte kritische Bedeutung, indem sich mit seinem Eintreten die Genesung einleitet.

Die Temperatur ist niemals gesteigert, sondern umgekehrt meist subnormal. Doch verbindet sich das Delirium tremens häufig mit fieberhaften Krankheiten, namentlich mit Lungenentzündung.

Die Dauer der Krankheit währt etwa 2 bis 8 Tage.

Der Verlauf pflegt ein gleichmässiger ohne wesentliche Remissionen zu sein.

Der Ausgang ist meist in (relative) Genesung. Doch betragen die Todesfälle immerhin noch gegen 15 %. Die Genesung leitet sich entweder durch einen tiefen kritischen Schlaf ein, nach dem der Kranke zwar schwach, aber wesentlich frei von Delirien aufwacht, — oder es tritt zunächst ein amphiboles Stadium ein, während dessen verschiedene Anläufe zum Schlafen gemacht werden, die aber noch durch Delirien und motorische Unruhe unterbrochen sind. Der Ausgang in den Tod geschieht fast ausnahmslos durch Herzschwäche. Bei gleichzeitiger Lungenentzündung oder sonstiger schwerer Komplikation ist begreiflicherweise diese Gefahr am grössten. — Seltener noch ist der direkte Ausgang in unheilbare chronische Alkoholpsychose mit Verblödung.

2. Das chronische alkoholistische Irresein.

Das chronische alkoholistische Irresein ist wesentlich eine Weiterentwickelung der als chronischer Alkoholismus gekennzeichneten Neurose. Grundlegend ist hier die maniakalische Selbstüberhebung mit Beeinträchtigungsideen. Der Kranke hält sich im Verkehr mit den Seinigen für verkannt, zurückgesetzt und in der persönlichen Werthschätzung seitens derselben beeinträchtigt. Er ergeht sich in Vorwürfen gegen dieselben, behandelt sie brutal, beschimpft und schlägt sie. Sein Laster leugnet er durchaus, selbst auf die bündigsten Beweise hin, bezeichnet Alles als Lug, Trug und boshafte Anfeindung, oder er giebt es zwar halbwegs zu, beschönigt es aber zugleich durch angebliche schlechte Behandlung.

Mitunter zeigt sich die maniakalische Selbstüberhebung auch im Renommiren, öffentlichen Skandaliren, Geldausgeben und in Kaufsucht. Mit der Zeit gesellen sich Hallucinationen dazu und die Wahnideen nehmen einen ganz bestimmten Charakter an. Hierbei ist die sexuelle Färbung, welche beide zu tragen pflegen, bemerkenswerth. Die Gehörshallucinationen haben nicht selten den Inhalt, dass der Kranke in Bezug auf geschlechtliche Verhältnisse verhöhnt wird, — z. B. seine ganze Umgebung ergehe sich in fortwährenden Unsittlichkeiten, er merke nur nichts davon, da man ihn geschickt zu hintergehen wisse, er sei ja auch impotent u. s. w. Eine ganz bestimmte Form nehmen solche sexuelle Wahnideen in dem nie fehlenden, darum

pathognomonischen Eifersuchtswahn an, zu dessen Entstehung nicht unwahrscheinlicher Weise das Bewusstsein der in der That bestehenden Impotenz beiträgt.

Dazwischen treten mitunter episodische Anfälle von Präcordialangst mit Selbstanklagen oder mit anklagenden und verurtheilenden Gehörshallucinationen. In solchen Stimmungen wird nicht selten Selbstmord begangen.

Der Ausgang des chronischen alkoholistischen Irreseins hängt davon ab, ob Enthaltsamkeit vom Trunk erreicht werden kann, oder nicht. Wo dies der Fall ist und wo der körperliche Verfall noch nicht allzuweit vorgeschritten ist, darf man auf eine wenigstens relative Genesung hoffen. Die Sinnestäuschungen blassen ab, die Wahnideen drängen sich nicht mehr so stark in den Vordergrund, wie bisher, und mit Wiederaufnahme der gewohnten Berufsgeschäfte macht sich auch wieder eine objectivere Denkweise geltend.

Andernfalls nimmt zuerst die Schwäche des Intellekts und im weiteren Verlaufe die des gesammten Geisteslebens überhand. Das Gemeingefühl stumpft sich mehr und mehr ab, die Affekte werden schwächer, das Handeln zeigt sich schliesslich nur noch in zwecklosem, störendem Treiben, wie Kleiderzerreissen und Kothschmieren, oder es verlöscht nahezu ganz. Endlich tritt völliger Marasmus und der Tod ein. Im Allgemeinen ist dieser Ausgang jedoch selten, weil der körperliche Verfall dem geistigen vorauseilt, so dass das Ende schon in einem früheren Stadium des chronischen Alkoholismus unter Symptomen der Herzschwäche, des Hydrops und der Lebercirrhose erfolgt.

Die Sektion ergiebt als Hirnbefunde hauptsächlich leptomeningitische Ausschwitzungen und Verdickungen, oder Pachymeningitis, ferner Hydrocephalus internus und Verdickung des Schädeldaches.

B. Der Morphinismus.

Der Morphinismus ist eine durch den Missbrauch des Morphiums, namentlich der subcutanen Einspritzungen, bewirkte, dem Alkoholismus ähnliche, mit körperlichem Verfalle einhergehende Neurose.

Die Symptome sind verschieden, je nachdem es sich um die eigentlichen Vergiftungs- oder um Abstinenzerscheinungen handelt.

1. Die Vergiftungssymptome machen sich auf geistigem Gebiete zunächst als Morphiumsucht geltend. Das Morphium, anfänglich meist nur als Heil- und Beruhigungsmittel bei neuralgischen und ähnlichen Beschwerden angewandt, entfaltet zugleich eine belebende Wirkung, die den trügerischen Schein erhöhter Kraft und

Leistungsfähigkeit erweckt. Durch das auf diese Weise geschaffene Wohlbehagen macht es sich bald als vermeintlich unentbehrliches Reizmittel geltend, zu dem auch ohne den Stachel körperlichen Schmerzes bei jeder Gelegenheit, namentlich aber in den unausbleiblichen reaktiven Schwächezuständen, stets auf's Neue wieder gegriffen wird. Da die euphorischen Zustände immer kürzer, die reactiven Schwächezustände dagegen immer länger werden, und ferner auch rasche Gewöhnung eintritt, muss zu immer höheren Dosen gegriffen werden.

Wie beim Alkoholismus zeigt sich auch hier die psychische Entartung hauptsächlich und zuerst auf dem ethischen Gebiete. Die geistige Widerstandsfähigkeit und Energie wird immer geringer, die Begriffe des Schicklichen verwirren sich, der Charakter wird haltlos, zerfahren, egoistisch und lügnerisch. Die Intelligenz bleibt lange Zeit scheinbar unberührt, erweist sich aber doch für Leistungen, die über das Maass des Gewöhnlichen hinausgehen und Ausdauer, Schwung und Urtheilskraft erfordern, bald als unzulänglich. Schliesslich tritt Gedächtnisschwäche ein, und grosse Unruhe, gepaart mit ängstlichen Affekten, die nur auf kurze Zeit durch Einverleibung einer erneuten Dosis Morphium beschwichtigt werden, lässt den Kranken überhaupt zu keiner geordneten Thätigkeit mehr gelangen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind auf die gefässverengernde Wirkung des Morphiums zurückzuführen. Verminderte Sekretionen, — der Speicheldrüsen, wodurch Trockenheit in Schlund und Gaumen erzeugt wird, — ferner des Magen- und Pankreassaftes mit den Folgeerscheinungen der Dyspepsie, — endlich des Urins sind die gewöhnlichsten Symptome. Auch die Menstruation pflegt sich anfänglich unregelmässig einzustellen und später ganz aufzuhören. Im Urin findet sich häufig Eiweiss. Ein Symptom reactiver Gefässerweiterung ist häufiger Schweisserguss. Die Haut ist sonst kühl, trocken, spröde, die Gesichtsfarbe blass und fahl, die Eigenwärme gesunken. — Der Geschlechtstrieb ist, wie beim Alkoholismus, anfänglich vermindert, später ganz aufgehoben.

Auf dem motorischen Gebiete zeigen sich Zittern, bis zur Ataxie gesteigerte Coordinationsstörungen und Parese der Sphincteren. Dazu gesellen sich sensible Störungen, Herzkrämpfe und Schlaflosigkeit. Schliesslich tritt in Folge von zunehmendem Marasmus Herzlähmung ein.

2. Die Abstinenzsymptome gestalten sich verschieden, je nachdem die Entziehung plötzlich oder allmälig geschieht. Im ersteren Falle treten unter Collapserscheinungen, starkem Schweisserguss, Durchfällen, grosser Schwäche und Hinfälligkeit, Vernichtungs-

gefühl, heftige Angstparoxysmen auf, die, ähnlich wie beim alkoholistischen Delirium, von Gesichtshallucinationen und starker Unruhe gefolgt sind. Das Verlangen nach dem erlösenden Morphium wird dabei stets auf das Heftigste geäussert. Die Erscheinungen nach plötzlicher Abstinenz können eine lebenbedrohende Höhe erreichen und sind viel schwerer, als die nach plötzlicher Entziehung des Alkohols.

Die Abstinenzsymptome nach allmäliger Entziehung tragen denselben Charakter, sind aber bei Weitem milder. Doch ist auch hier die körperliche Hinfälligkeit und das Gefühl gänzlichen Unvermögens gross, und unbehagliche Sensationen, wie Hautjucken, Frösteln, daneben Schweissergüsse und krampfhaftes Gähnen treten auf. Hallucinationen und qualvolle Unruhe bei anhaltender Schlaflosigkeit bleiben dem Kranken gleichfalls nicht erspart.

Auch nach gelungener Entziehungskur bleiben einzelne Vergiftungs- sowohl wie Abstinenzsymptome lange Zeit bestehen und erhöhen die Gefahr eines Rückfalles.

Der Morphinismus ist nicht in dem Maasse, wie der Alkoholismus, eine typische Psychose, sondern mehr als eine Neurose aufzufassen, die zu episodischer Geisteskrankheit nach Art des Delirium tremens führt. Doch ist die Angewöhnung an das Reizmittel stärker und die Enthaltung schwerer durchzuführen.

Aehnlich wie Alkohol und Morphium wirken auch andere Reizmittel auf die Seele. Hauptsächlich sind hier der Aether, das Chloroform, das Chloralhydrat, das Bromkali und das Cocaïn zu nennen. Sie alle lähmen durch allmälige Angewöhnung die Spannkraft des Gefässsystems und in weiterer Folge auch die geistige Energie. Die ihnen Verfallenen werden halt- und willenlos, in ihrem Empfinden geschwächt und in ihrem sittlichen Verhalten verschlechtert. Sie haben kein anderes Interesse mehr, als Befriedigung um jeden Preis durch das gewohnte Reizmittel zu suchen und gehen schliesslich körperlich und geistig vernichtet maratisch zu Grunde.

C. Das Irresein durch Bleivergiftung.

Das Irresein durch Bleivergiftung ist eine bei Bleiarbeitern vorkommende Gewerbekrankheit, welche sich ätiologisch und klinisch an die bekannten körperlichen Erscheinungen der Bleivergiftung anschliesst.

Wir unterscheiden auch hier eine akute und eine chronische Form.

1. Bei der akuten Form treten nach längerer andauernder Schlaflosigkeit, ähnlich wie bei dem Delirium tremens, massenhafte ängstliche Hallucinationen mit Verworrenheit und grosser Unruhe auf

Der Ausgang ist in Genesung durch kritischen Schlaf oder allmälig nach einem dem Anfalle folgenden stuporösen Stadium — oder in den Tod unter Erscheinungen des Hirnreizes (Krämpfe) oder des Hirndruckes (Koma) — oder endlich in unheilbaren Schwachsinn.

2. Bei der chronischen Form sind gleichfalls Hallucinationen, und zwar verschiedener Sinne, mit Verfolgungs-, namentlich Vergiftungsideen, Angstzustände und allgemeine Verworrenheit die Regel. Oft beginnt die Krankheit mit einer Hemmung der intellektuellen Sphäre, wobei der Kranke sich benommen fühlt und seine Gedanken nicht zu ordnen vermag.

Der Ausgang ist meist nach einem paralytischen Durchgangsstadium in Marasmus und Tod.

Unterscheidende Diagnose. Das Irresein durch Bleivergiftung hat in seiner akuten Form Aehnlichkeit mit dem alkoholistischen Delirium tremens, namentlich auch deshalb, weil Zittern zu den konstanten körperlichen Begleiterscheinungen der Bleivergiftung gehört. In seiner chronischen Form bietet es Aehnlichkeit mit der fortschreitenden Paralyse (s. Kap. 18) dar. Vor Verwechslungen werden hier immer die Anamnese sowohl, wie die bekannten körperlichen Symptome der chronischen Bleivergiftung schützen.

19. Krankenskizze. Chronisches alkoholistisches Irresein. Der 48jährige Pferdehändler E wurde in schwer delirösem Zustande der Anstalt zugeführt. Dabei wurde berichtet, dass E. schon von jeher, mindestens aber seit seiner vor 23 Jahren erfolgten Verheirathung an den Missbrauch von Spirituosen gewöhnt sei Fast täglich sei er betrunken gewesen, und in den letzten Jahren sei die verderbliche Leidenschaft zu immer grösserer Höhe emporgewachsen. Dies wird nicht bloss von seiner Frau, sondern auch von Freunden und Bekannten übereinstimmend berichtet. Vor einem Jahre etwa hätten sich zuerst deutliche Spuren von Geisteskrankheit gezeigt und Anfälle von Tobsucht seien schon damals mitunter vorgekommen. Die Geisteskräfte liessen in bedenklicher Weise nach. Der Kranke wurde vergesslich, wusste nicht, wo er mit dem Gelde geblieben war, kaufte zu theuer ein und vernachlässigte überhaupt das Geschäft, so dass das Vermögen immer mehr zurückging. Dazu gesellten sich Wahnideen betreffs der ehelichen Treue seiner Frau. Er machte ihr, objektiv ohne allen Grund, die schwersten und weitgehendsten Vorwürfe, nämlich, dass sie sich Jedem in schamloser Weise hingebe, belegte sie mit den gemeinsten Schimpfworten und liess sich durch keine Rücksicht, selbst nicht durch die Anwesenheit Fremder oder gar der eigenen Kinder, davon abhalten.

E. ist ein Mann von untersetzter kräftiger Statur, dabei aber blassem gedunsenem Aussehen und bläulich gefärbten Lippen. Der Puls ist schwach, die Leber zeigt leichte Anschoppung, die Zunge ist belegt. Dazu treten starkes Zittern der Extremitäten und der Zunge. Der Gang ist unsicher und ataktisch. Die Intelligenz ist geschwächt und grosse Aengstlichkeit vorhanden. Ueber seine Verhältnisse hat er keine klare Anschauung, er weiss nicht mehr, welche und wie viele Pferde er hat, leugnet z. B., kürzlich einen Fuchs besessen zu haben, dessen er sich unter allen Umständen hätte erinnern müssen. Während des Gespräches vergisst er das Gehörte und Gesagte und fragt aufs Neue darnach. Ueber die letzten Ergebnisse ist er ganz unklar, er glaubt, Alles geträumt zu haben. Die Wahnidee betreffs seiner Frau hält er unverbrüchlich fest und erzählt die schauderhaftesten Details ohne Scham und Scheu. So sagt er, seine Frau habe in seiner Gegenwart mit emporgehobenen Röcken dagestanden und sich so von Andern gebrauchen lassen. Den Arzt, der ihm einige freundliche Worte über seine Frau sagte, lässt er nicht undeutlich merken, dass er selbst wohl mit ihr zu thun haben möge. Dass er getrunken habe, leugnete er überhaupt ganz und gar. Er sei ein nüchterner solider Mensch, der sein Geschäft gründlich verstehe, und nur die Frau verschulde den Rückgang desselben. Der Kranke wurde, nachdem er entmündigt worden war, in ziemlich gleichem Zustande, wenn auch körperlich einigermassen gekräftigt, entlassen.

Wir sehen hier bei einem notorischen Trinker einen Symptomencomplex vorliegen, der sich auf körperlichem Gebiete durch Störungen der Verdauung, Ernährung und Blutbildung, durch Herzschwäche und Circulationsstörungen, sowie durch Muskelzittern und paretischen Gang, — auf geistigem durch Schwäche der Intelligenz und des Gedächtnisses, ferner durch krankhafte Selbstüberhebung, endlich durch Wahnideen kundgiebt. Hiermit ist das klassische Bild des typischen alkoholistischen Irreseins gegeben, das, wie dies in gleicher Weise fast bei keiner andern Form vorkommt, in allen Fällen fast dieselben unveränderlichen Züge aufweist. Auch die einzelnen Stadien, in denen die Krankheit abläuft, sind hier, wie überall dieselben. Zuerst werden die Verdauungsorgane, namentlich Magen und Leber, ergriffen. Es bilden sich Katarrhe, Blutbildung und Ernährung leiden und in Folge dessen auch das Herz, das myokarditisch entartet, sowie die Blutcirculation, innerhalb deren sich Stasen bilden. Schliesslich wird das cerebrospinale Nerven- und Muskelsystem in Mitleidenschaft gezogen, Muskelzittern und paretischer Gang in Folge alkokolistischer Neuritis stellt sich ein. — Hiermit ist

zugleich der Uebergang auf das psychische Gebiet gegeben. Zuerst leiden Stimmung und Charakter. Meist ist maniakalische Ueberhebung vorhanden, aber nicht heiterer Natur, sondern gepaart mit Misstrauen und Beeinträchtigungsideen. Man kann und verstehe sein Geschäft ausgezeichnet, sei überhaupt in jeder Beziehung ein „fixer Kerl," mit dem es so leicht Niemand aufnehmen könne. Auch ein sehr gutes Herz habe man und könne Niemand Leides thun. Aber dies Alles werde nicht anerkannt, man behandle ihn lieblos und mit Verachtung und hetze alle Welt gegen ihn auf. Was Wunder, dass man dann wohl auch einmal die Geduld verliere und ein Wort zu viel spreche oder einmal aus dem Hause gehe, um sich mit guten Freunden zu besprechen. Aber trinken thäte man dabei nicht, Gott bewahre! man wisse kaum, was Schnaps sei. Solchen Gedankengang, wie er fast allen Trinkern eigenthümlich ist, zeigt auch E. Zur Einsicht in die Lage, zu Selbsterkenntniss und guten Vorsätzen, die bei der stets sich wiederholenden Niederlage im Kampfe schliesslich zu schwerer Depression mit Lebensüberdruss und Selbstmord führen können, ist es hier nicht gekommen. Unser E. sündigt unbefangen darauf los, als ob es sich von selbst verstünde. — Im weiteren Verlaufe verdichtet sich das allgemeine Misstrauen zu schweren Beeinträchtigungs-Ideen, wobei das eheliche Leben eine Hauptrolle spielt. Der typische Eifersuchtswahn, der sehr drastische und naturalistische Formen anzunehmen pflegt, findet sich auch hier. Endlich nimmt auch die geistige Spannkraft und Leistungsfähigkeit Schaden. Gedächtniss und Urtheilskraft lassen nach, der Kranke verkennt seinen Zustand und seine Lage ganz und gar, und der geistige Verfall schreitet, wenn nicht noch rechtzeitig Einhalt geboten wird, rasch und unaufhaltsam bis zum Blödsinn vor.

Achtzehntes Kapitel.

IV. Die organischen Geisteskrankheiten.

Alle Geisteskrankheiten ohne Ausnahme haben wir uns als organisch begründet zu denken. Doch verstehen wir unter organischen Geisteskrankheiten im engeren Sinne solche, wo bei schweren anatomisch greifbaren Organerkrankungen des Gehirns psychische Symptome im Vordergrunde stehen.

Der allgemeinen Eintheilung der Gehirnkrankheiten folgend, unterscheiden wir organische Psychosen bei diffuser und solche bei Heerderkrankung des Gehirns.

Zu den organischen Psychosen mit diffuser Gehirnerkrankung zählen wir das akute Delirium, die fortschreitende Paralyse und das Irresein der Greise.

Zu den organischen Psychosen mit Heerderkrankung des Gehirns zählen wir das luetische Irresein, das traumatische Irresein, ferner das Irresein nach multipler Sklerose, nach Apoplexieen, Abscessen und Neubildungen.

A. Das akute Delirium.

Das akute Delirium nimmt hinsichtlich der Zutheilung zu einer bestimmten Gruppe eine Doppelstellung ein. Pathologisch-anatomisch gehört es, da ihm greifbare meningitische und encephalitische Vorgänge zu Grunde liegen, zu den organischen Geisteskrankheiten. Klinisch ist es aber von der akuten Verworrenheit nicht zu trennen, deshalb ist es auch dort (12. Kap., B.) schon abgehandelt worden.

B. Das Irresein der Greise.

Die anatomische Grundlage des Irreseins der Greise ist Atrophie der Rindensubstanz des Grosshirns, namentlich des Vorderhirns, eingeleitet durch atheromatöse Entartung der Arterien. Als compensatorische Begleiterscheinungen finden sich ausserdem noch wässerige Ergüsse in den Seitenhöhlen, Oedem und Ausschwitzungen in den Hirnhäuten, Verdickungen des Schädeldaches u. s. w.

Symptome und Verlauf. Der psychische Ausdruck der durch die rückschreitende Altersmetamorphose des Gehirnes bedingten Rindenatrophie ist Einschränkung des geistigen Horizontes. Dieselbe betrifft sowohl das intellektuelle, als das ethische Gebiet. In ersterer Beziehung zeigt sich Unfähigkeit zur Aufnahme neuer Ideen und Beharren beim Alten, später Schwinden des Vorstellungsschatzes überhaupt und Abnahme des Gedächtnisses, namentlich für Ereignisse der jüngsten Zeit, während die Rückerinnerung an Erlebnisse einer früheren Periode meist noch lange erhalten bleibt. Die Geschwätzigkeit des Greisenalters ist charakteristisch und sprichwörtlich. Sie ist der Ausdruck mangelnder Kritik des Dargebotenen nach Form und Inhalt, verbunden mit einer gewissen behaglich heiteren Stimmung, die gern in alten Erinnerungen kramt. Beginnt zugleich Gedächtnissschwäche einzutreten, so kommt es leicht zu Wiederholungen, und dieselbe Geschichte wird stets als etwas Neues erzählt. — In ethischer Beziehung findet sich neben Wohlwollen, Kinderliebe und milder Beurtheilung der Vergehen Anderer zugleich auch Eigensinn, Geiz, Misstrauen und Abstumpfung des Schicklichkeitsgefühles, namentlich auch mit Bezug auf die äussere Erscheinung.

Mit der Steigerung dieser physiologischen Charakterveränderungen ist alsbald auch der Uebergang in Geisteskrankheit gegeben. Je nachdem nun mehr die affektive oder die intellektuelle Seite in Anspruch genommen erscheint, unterscheiden wir einen Alterswahnsinn und einen Altersblödsinn.

1. Der Alterswahnsinn

zeigt sich hauptsächlich als Verfolgungswahn. Der Affekt äussert sich in der Weise, dass die Kranken sehr ängstlich und schreckhaft sind, glauben, sie sollten ermordet werden, oder Diebe seien im Begriff, einzubrechen. Sie schreien, weinen und toben dabei Tage und Nächte hindurch.

Oder der Verfolgungswahn hat die Gestalt einer primären Paranoia. Die Kranken sind äusserst misstrauisch, halten sich für hintergangen, sollen bestohlen und betrogen werden, zu welchem Zwecke sie auch in das Irrenhaus gesperrt seien. In Folge dessen zornige Aufregung gegen die Umgebung, kindisches Schimpfen, Toben, Umsichschlagen.

2. Beim Altersblödsinn

sind die auch hier niemals fehlenden Wahnideen mit deutlichem Verfall der Intelligenz verbunden. Gedächtnissschwäche tritt ein, dazu gesellen sich Bewusstseinsstörungen mit Bezug auf die eigene Persönlichkeit, sowie auf Zeit und Raum. Die Kranken vergessen ihren Namen, kennen ihre Kinder nicht mehr, finden sich weder auf der Strasse, noch in ihrem Hause zurecht, kramen des Nachts, da sie ausserdem an Schlaflosigkeit leiden, im Hause herum und verlegen und verstecken Sachen, von denen sie dann behaupten, sie seien ihnen gestohlen worden.

Die Wahnideen tragen hier oft einen maniakalischen Charakter, fallen aber ausserdem durch ihren kindischen, absonderlichen, mit dem sonstigen Geistesleben scheinbar ohne Zusammenhang stehenden Inhalt auf. Der Koth der Kranken ist Gold, das sie sorgsam im Ofen oder im Bett zu verbergen trachten, sie haben Augen von Perlen und dergl. — Diese Wahnideen gleichen ihrem Inhalte nach den auch bei der Paralyse (s. Kap. 19) vorkommenden.

Die ethischen Gefühle sind abgestumpft. Treten dabei, was nicht selten der Fall ist, geschlechtliche Regungen auf, so werden Vergehungen gegen die Sittlichkeit, namentlich Attentate gegen Kinder, begangen.

Verlauf und Ausgang sind selbstverständlich der fortschreitenden Altersmetamorphose entsprechend. Das schliessliche Ziel

ist, nachdem Apoplexien, Lähmungen und dergl. vielfach dazwischen getreten sind, vollkommene Verblödung und der Tod unter marastischen Erscheinungen. Doch kann der endliche Ausgang, wenn für ausreichende Pflege und stricte Lebensordnung gesorgt ist, sich noch Jahre lang hinausziehen.

Unterscheidende Diagnose. Nicht jede Geisteskrankheit eines Greises ist gleichbedeutend mit dem durch Altersmetamorphose bedingten Irresein. Auch im hohen Alter kommen noch Affektkrankheiten, namentlich Melancholieen, vor, die mit Genesung enden. Man achte auf die unterscheidenden Merkmale des affektiven Irreseins, namentlich den Affekt selbst und die Gewichtsabnahme, die dem klassischen Irresein der Greise fehlen, während hier paranoische oder schwachsinnige Wahnideen im Vordergrunde stehen.

27. Krankenvorstellung. Altersblödsinn. (Taf. 22, Fig. 1.) Die 75 jährige Landmannsfrau lässt die Zeichen seniler Rückbildung deutlich erkennen, greisenhaftes Aussehen, Atheroma der oberflächlichen Arterien, Blässe, Kälte und livide Färbung der Hände und Füsse. Auch ist Zittern der Hände und des Kopfes zu beobachten. Der Gesichtsausdruck ist stumpf und blöde. Doch ist das geistige Leben nicht ganz erloschen. Die Kranke sitzt zwar meist den ganzen Tag mit behaglichem Grinsen da, zeigt aber mitunter auch Affekte. Sie wird unwirsch, sobald sie aus ihrer Ruhe aufgestört wird, schilt und zankt wohl mitunter auch mit den übrigen Kranken. Eine Zeitlang auf dem Lande untergebracht und dort ziemlich verwahrlost, äussert sie ihre Freude, wieder in die Anstalt zurückgebracht worden zu sein, beim Anblick der bekannten Räume und Personen durch vergnügtes Grinsen. Von wahnhaften Vorstellungen ist sie nicht ganz frei. Sie entwendet heimlich Sachen, indem sie behauptet, es seien die ihrigen. Mit Vorliebe bindet sie sich so viel Schürzen um, als sie erreichen kann, lässt sie sich aber auch wieder, ohne sehr ärgerlich zu werden, abnehmen. In Befriedigung ihrer Bedürfnisse, sowie beim Essen ist sie reinlich, doch muss sie gewaschen, gekämmt und angekleidet werden.

20. Krankenskizze. Alterswahnsinn. Ein 70 jähriger unverheiratheter Herr, pensionirter Schulvorsteher, akademisch gebildet, wird der Anstalt zugeführt. In den letzten Jahren hat er immer allein gelebt und Niemanden gehabt, der für seine leiblichen Bedürfnisse gesorgt hätte. In Folge dessen ist er in Schmutz und Unrath verkommen und halb verhungert, trotz ausreichender Mittel. Auch geschlafen hat er die letzte Zeit nur sehr wenig, ist meist die Nächte in seiner Stube ruhelos hin- und hergewandert. Seine Hausgenossen, die gern für ihn zu sorgen bereit waren, konnten ihm nicht beikommen, da er sich aus Furcht, bestohlen zu werden, einschloss und Niemand zu sich liess.

Der Kranke ist von kleiner Figur und zeigt in seinem Aeusseren die Merkmale seiner Jahre, übrigens aber keine sehr deutlich hervortretenden Symptome seniler Metamorphose. Durch Hornhauttrübung ist das linke Auge erblindet. In intellektueller und ethischer Beziehung zeigt er sich als ein verknöcherter Sonderling und Egoist, der für Nichts mehr, ausser für sich selbst, Theilnahme empfindet und keinerlei geistige Interessen mehr pflegt. Er kramt den ganzen Tag in seinen Sachen umher oder raucht Pfeife oder schilt mit Kranken und Pflegern. Nur einmal während seines dreijährigen Aufenthaltes hat er einen kleinen Aufsatz über „Cölibat und Proletariat“ geschrieben, worin barocke Ideen in übrigens logischer Weise ausgesprochen werden Auch mag erwähnt werden, dass er nach einiger Zeit wieder Interesse für das Clavierspiel zu äussern anfing. Feste Wahnideen hat sich der Kranke nicht gebildet. Doch ist er ungemein misstrauisch, glaubt stets, dass er bestohlen werde und beschuldigt bald Diesen, bald Jenen aus der Umgebung, ihm irgend Etwas, das sich dann gewöhnlich unter seinen Sachen wiederfindet, entwendet zu haben. Die Stimmung ist fast stets gereizt und menschenfeindlich. Fast den ganzen Tag über keift er, was durch den Inhalt seiner Reden sowohl, wie durch die Art und Weise sie vorzubringen und sich dabei zu behaben, einen komisch-possirlichen Eindruck macht, — oder, wenn er nicht keift, ist er wenigstens verdriesslich, was ebenfalls durch die klassisch-grobe Abfertigung, die er dem Fragenden zu Theil werden lässt, possirlich wirkt und zu Neckereien Veranlassung giebt. Täglich hat er etwas zu klagen und sich über etwas zu beschweren. Er glaubt, Jedermanns Hand sei gegen ihn, und gegen Jedermann ist auch seine Hand erhoben. Zum Theil allerdings erscheinen die Beschwerden subjectiv begründet, insofern als offenbar Sensationsanomalien der Haut vorhanden sind. So klagte er eine Zeitlang beständig über sein Bett, in dem es von Wanzen wimmle, wieder später, dass es in seiner Stube zu heiss sei, obgleich die Temperatur höchstens 14° R. erreichte. Folgender an seine Verwandten gerichteter Collectivbrief giebt über den Seelenzustand des Kranken am besten Auskunft: „Hier wo meine arme Seele durch privilegirte Complotte noch zuletzt auch um ihre Lebensfreiheit und alles Eigenthumsrecht gebracht ist, das sie zum Grund und Gegenstand hat, und deren Entziehung von dem Direktor der Anstalt an mir mit einer grösseren Strenge, als an jedem Mitbewohner geübt wird, hier, wo selbiger meldet, dass es Euer Wunsch gewesen sei, mich jetzt aufgenommen zu sehen, muss ich endlich auf jede Gefahr der Art und Weise Euch erinnern, dass ich gegen diesen I n d i f f e r e n t i s m u s meiner

Angehörigen, hinsichtlich des Mordes meiner Seelengüter als der wesentlichen alles wirklichen Seelenlebens in der ganzen Perversität seiner unberechenbaren Folgenlast (in genere et individuo) vor Gott und Menschen gegen Euch protestiren muss, die anstatt das Ihrige jetzt nach Gewissen dagegen zu thun, das Unheil ohne Weiteres noch fortbestehen lassen. Noch ist mir vom Dr. S. kein Schritt in die Stadt verstattet worden, da platterdings mir untersagt ist, ein Wort mit Jemand zu sprechen, was gerade mein preisgegebenes Mobileigenthum in den verlassenen Wohnstellen und nöthige Besprechung mit H. in A., wie auch mit Redactionen im Interesse öffentlicher Blätter wegen unverdienter Freiheitsberaubung unerlässlich nöthig machte. Vor einem Monate erst ist mir das Fortepiano freigegeben worden, das ich nach einigen gegebenen Vorträgen nun auch möglichst alle Tage spielen soll! Die heilloseste Zugabe meiner Situation ist die stete Offenheit meiner Wohnstube, die nur der Wärter verschliesst, weshalb Alles, was consumtible, steten Diebstählen ausgesetzt bleibt u. s. w. Euer unglücklicher Bruder G. E. M., Rektor scripsi."

Im weiteren Verlaufe traten Schwächesymptome immer deutlicher auf und Wahnideen barocken Inhalts traten hinzu. Der Kranke fing an, seine Excremente aufzuheben und im Ofen zu verstecken, was er „Metalle suchen" nannte. Auch körperlich wurde er zusehends schwächer, sein Schelten verlor die bisherige Energie, die Bewegungen wurden langsamer, mit Allem verspätete er sich, er musste angekleidet werden und blieb schliesslich ganz liegen. Linksseitige Parese bildete sich aus und schliesslich beendete eine hypostatische Lungenentzündung das Leben des Kranken nach dreijährigem Aufenthalte in der Anstalt. — Die Section ergab Leptomeningitis und rechterseits einen encephalitischen Erweichungsheerd im Streifenhügel nebst atheromotöser Entartung der Gefässe.

Neunzehntes Kapitel.

IV. Die organischen Geisteskrankheiten.

(Fortsetzung.)

C. Die Paralyse.

Die Paralyse (fortschreitende Paralyse der Irren, paralytisches Irresein) ist eine unter mannigfachen psychischen und motorischen Störungen, namentlich mit Lähmungen, einhergehende, fast ausnahmslos zum Tode führende chronische organische Hirnkrankheit.

Die anatomisch-pathologische Grundlage bilden chronische entzündliche Zustände des Gehirns und der Hirnhäute. Je nachdem man die Entzündungsvorgänge mehr in letzteren oder mehr in der Substanz des Gehirns suchte, hat man die Paralyse eine einfache chronische Hirnhautentzündung, oder eine diffuse Rindenentzündung genannt. Oder man hat, da mit den Entzündungsvorgängen stets eine Rindenatrophie verbunden ist, in letzterer das charakteristische, pathologisch-anatomische Merkmal zu erblicken geglaubt. Die dem Gesammtbefunde am meisten gerecht werdende Anschauung ist die, welche die Entzündungsvorgänge in den Hirnhäuten und in der Gehirnsubstanz in gleicher Weise berücksichtigt. Deshalb erscheint die Bezeichnung des Leidens als eine Periencephalitis chronica diffusa am empfehlenswerthesten.

Der krankhafte Vorgang beginnt mit Hyperämie der Gefässe der Pia und der Rindensubstanz, in deren Gefolge, ähnlich wie beim akuten Delirium, Stauungen in den Lymphbahnen mit Austritt von Blutkörperchen auftreten. Die weiteren Folgen bestehen in Verdickungen und Trübungen, gleichfalls zunächst in der Pia und, durch Unwegsamkeit der Lymphbahnen, später auch in der Rinde. Hieraus entwickeln sich wiederum Bindegewebswucherungen, namentlich in der Neuroglia und den Gefässen, welche durch Druck Atrophie der nervösen Elemente bewirken.

Als Nebenbefunde ergeben sich bei der Sektion noch wässerige Ausschwitzungen in den Seitenventrikeln, hämorrhagische Pachymeningitis, Oedeme und Atrophie der grauen Substanz.

Meist findet sich auch das Rückenmark erkrankt. Ausser entzündlichen Erscheinungen in den Häuten beobachtet man graue Entartung der Hinterstränge und chronische Myelitis der Seitenstränge, welch' letztere sich ebenfalls hauptsächlich als Neuroglia-Wucherung darstellt.

Die Ursachen der Paralyse sind in allen Umständen zu suchen, welche schwächend auf das Gehirn einzuwirken im Stande sind. Es gehören dazu Excesse im Trunk oder im Geschlechtsgenusse, ferner Gemüthsbewegungen, namentlich tiefgehende Kränkungen, am häufigsten aber geistige Ueberanstrengung. Letzterer Umstand erklärt es auch zur Genüge, dass Paralyse ganz vorzugsweise eine Krankheit des männlichen Geschlechts im reiferen Lebensalter und der höheren Stände ist. Beim weiblichen Geschlecht ist Paralyse viel seltener. Das Verhältniss der Paralyse weiblicher Kranker zu der männlicher verhält sich etwa wie 1 : 15. Eine Prädisposition scheint oft schon in angeborener Widerstandsschwäche des Gehirns gegeben zu sein.

Symptome und Verlauf. Nicht jede mit psychischen und motorischen Störungen einhergehende Gehirnkrankheit ist eine Paralyse. Vielmehr ist diese Bezeichnung einerseits abhängig von der pathologisch-anatomischen Grundlage, andererseits von den auszeichnenden klinischen Symptomen, welche das Leiden vor anderen, wenn auch ähnlichen, genugsam hervorheben.

Allerdings zeigt die Paralyse sehr vielgestaltige Bilder. Es ist die wechselvollste und mannigfaltigste aller Psychosen. Sie kann als maniakalische, als melancholische oder hypochondrische Psychose beginnen, wodurch allein schon das Bild jedesmal ein ganz anderes Gesicht gewinnt, sie kann im weiteren Verlaufe mit tobsüchtiger Aufregung oder Stupidität einhergehen, die motorischen Störungen können der psychischen Erkrankung vorangehen oder ihr folgen, sie können weit im Vordergrund des Leidens stehen, für Jeden ohne Weiteres erkennbar, oder so schwach sich äussern, dass nur genaue Beobachtung zu ihrer Feststellung führt, die nie fehlenden vasomotorischen Störungen können schwache vorübergehende Wallungen oder schwere, das Leben bedrohende Zufälle auslösen, — kurz, der Paralyse sind die allerverschiedensten Formen eigen. In einem Punkte aber laufen die verschiedenen Wege alle wieder zusammen, nämlich in dem Stadium der schliesslichen Verblödung.

Der klassische Urtypus der Paralyse, an dem das Leiden auch zuerst eingehend studirt wurde, ist die maniakalische Form mit Grössenwahnideen. Wir werden sie deshalb der Schilderung zu Grunde legen.

In praktischer Beziehung empfiehlt es sich, drei Stadien zu unterscheiden, nämlich das Vorläufer-, das Höhe- und Endstadium.

1. Das Vorläuferstadium beginnt allmälig mit zeitweisem Kopfweh, namentlich halbseitigem, Flimmern vor den Augen, leichteren und zunächst noch rasch vorübergehenden Bewusstseinstörungen. Der Kranke wird schwindelig oder kann im Augenblicke ein Wort nicht finden. Ein gewisser Dämmerzustand, in welchem der Kranke das Bewusstsein zwar nicht verloren hat, auch seinen Geschäften nachgeht und sich äusserlich wenig merken lässt, bleibt aber bestehen. Mit der Zeit wird der Nebel immer dichter, Vergesslichkeit und ein Unvermögen, sich in Zeit und Raum zu orientiren, sodass der Kranke mitunter sich nicht nach Hause zu finden weiss oder die Stunde vergisst, treten ein. Das Gedächtniss beginnt Lücken aufzuweisen, die Erinnerungsbilder schwächen sich ab, Verwechslungen zwischen Erlebtem oder Erlerntem und Geträumtem kommen vor, und in Folge alles dessen erscheint endlich auch die Urtheilskraft geschwächt. Da der Intellekt für neue Vorstellungen oder fremde Gründe schwer

zugänglich ist, wird der Kranke rechthaberisch, eigensinnig und zänkisch.

Fast mehr noch, wie die Ausfallserscheinungen in der Sphäre der Intelligenz, machen sich die gleichfalls allmälig sich vorbereitenden Charakterveränderungen bemerklich. Der Kranke erscheint allmälig als ein Anderer, weil die ethischen und ästhetischen Vorstellungen schwinden Er wird nicht bloss gefühlsstumpf gegen die Familien-, Berufs- und allgemeinen Interessen, denen er sonst vielleicht mit Hingebung gedient hat, sondern er vernachlässigt sich auch in seinem Benehmen, da das Schicklichkeitsgefühl in die Brüche gegangen ist. Der äusseren Erscheinung wird keine Sorgfalt mehr gewidmet, die Worte werden nicht mehr gewählt, anstössige Handlungen werden begangen, die Selbstbeherrschung geht verloren, das Gebahren gegen die Umgebung wird heftig, brutal und gewaltthätig.

Häufig schon in diesem Stadium treten motorische Störungen auf. Man bemerkt sie zuerst in der Sprache und der Handschrift. Erstere wird anstossend, stolpernd, beschwerlich und bringt gelegentliche Wortverwechselungen, — letztere zeigt schon früh die charakteristischen Merkmale der paralytischen Handschrift, nämlich Ataxie mit Dysgrammatie (s. Kap. 7). Schwäche der Beine, leichtes Zittern der Hände und der Zunge, fibrilläre Zuckungen gesellen sich dazu, Erscheinungen, welche der Kranke, falls er sich ihrer bewusst ist, wohl durch strammes Auftreten zu maskiren sucht.

Wie im ganzen Verlaufe, so ist auch in diesem Stadium das vasomotorische System stark in Mitleidenschaft gezogen. Vermuthlich ist es überhaupt das primär erkrankte System. Die durch dasselbe gesetzte Gefässlähmung verräth sich zuerst durch monocroten tarden Puls (s. Kap. 5, E), alsdann durch congestive Zustände, die sich bis zu Ohnmachten steigern können, durch leichtere apoplektische Anfälle und Ungleichheit der Pupillen. Geringe Toleranz gegen Alkohol mit leichter Berauschung, sowie gegen strahlende Wärme, sind gleichfalls als Zeichen der leichteren Erregbarkeit des vasomotorischen Systems anzusehen. Geschlechtstrieb und Potenz sind in diesem Stadium, welches mehrere Jahre unter häufigen Remissionen anhalten kann, noch nicht wesentlich beeinträchtigt.

2. Das Höhestadium kennzeichnet sich psychisch vornehmlich durch maniakalische Verstimmung, Grössenideen und Tobsucht.

Die maniakalische Verstimmung äussert sich auch hier in gehobenem Selbstgefühl. Von der einfachen psychoneurotischen Form aber unterscheidet sie sich durch das Hinzutreten von Zeichen gestörter Intelligenz, in Folge dessen die Beurtheilung der eigenen Persönlichkeit und die damit in Verbindung stehenden Grössenideen

eine höchst ausschweifende, über alles Ziel hinausgetriebene Höhe erreichen.

Die Grössenwahnideen der einfachen affektiven Manie erheben sich niemals über die Grenzen des Wahrscheinlichen und der Naturgesetze. Der Grössenwahn des Paralytikers dagegen steigt in's Ungeheuerliche und spottet aller Schranken. Der Paralytiker ist nicht bloss, was auch der einfache Maniakus sein kann, Kaiser, König, vielfacher Millionär u. s. w., sondern er ist Gott und besitzt viele Millionen Tonnen voll Gold und Edelsteinen. Er hat nicht bloss, wie der einfache Maniakus auch, grosse Pläne, z. B. ein Stadtviertel, anzukaufen, um dort ein grosses Geschäft zu errichten, sondern er baut eine Eisenbahn nach dem Himmel aus lauter Smaragden und Rubinen. Paralytische Frauen sind nicht bloss die schönsten und liebenswürdigsten ihres Geschlechts, sondern auch grenzenlos liebespendend, sie beglücken die gesammte Männerwelt der Erde, sie gebären täglich Kinder über Kinder, viele Tausende sind schon ihrem Schoosse entsprungen.

Häufig beziehen sich die Grössenideen auch auf die Leistungsfähigkeit des eigenen Körpers, gleichfalls in sinnlos übertriebener Weise. Der einfache Maniakus ist der gesündeste und kräftigste Mensch, aber sein Können ist doch noch in menschliche und natürliche Grenzen gebannt. Der Paralytiker aber kann die unmöglichsten Dinge verrichten. Er ist im Stande, einen ganzen Eisenbahnzug mit seinen Händen aufzuhalten, er kann, wenn er nur will, das ganze Hafenbassin leer trinken, seine Excremente sind von ganz besonderer Heilkraft. In diesem Zuge ähnelt das paralytische Delirium dem des senilen Irreseins.

Die Handlungen ähneln dem des einfach Maniakalischen, sind aber gleichfalls noch mehr über das Ziel hinausschiessend, den thatsächlichen Umständen noch weniger entsprechend und dabei sinnloser. Der Paralytiker kauft nicht bloss über seine Verhältnisse, sondern auch in ungemessenen Dimensionen und ohne Möglichkeit, das Erworbene überhaupt zu realisiren. Ein Kranker kaufte einmal den 'gesammten Vorrath an baumwollenen Strümpfen einer grossen sächsischen Fabrikstadt an, um ihn seinem Hause in New-York zu überschicken. Oft kommt dabei eine gewisse schwachsinnige Sammelwuth zum Ausdruck, indem sich die Kauflust auf ganz bestimmte Dinge erstreckt. Es giebt Paralytiker, die einige Dutzend Equipagen oder hundert Kanarienvögel oder ebenso viele seidene Shlipse an einem Tage zusammenkaufen.

Ueberhaupt prägen Elemente des Schwachsinns dem Handeln des Paralytikers schon frühzeitig ihren Stempel auf. Ein am Abend



Fig. 1.
Altersblödsinn.

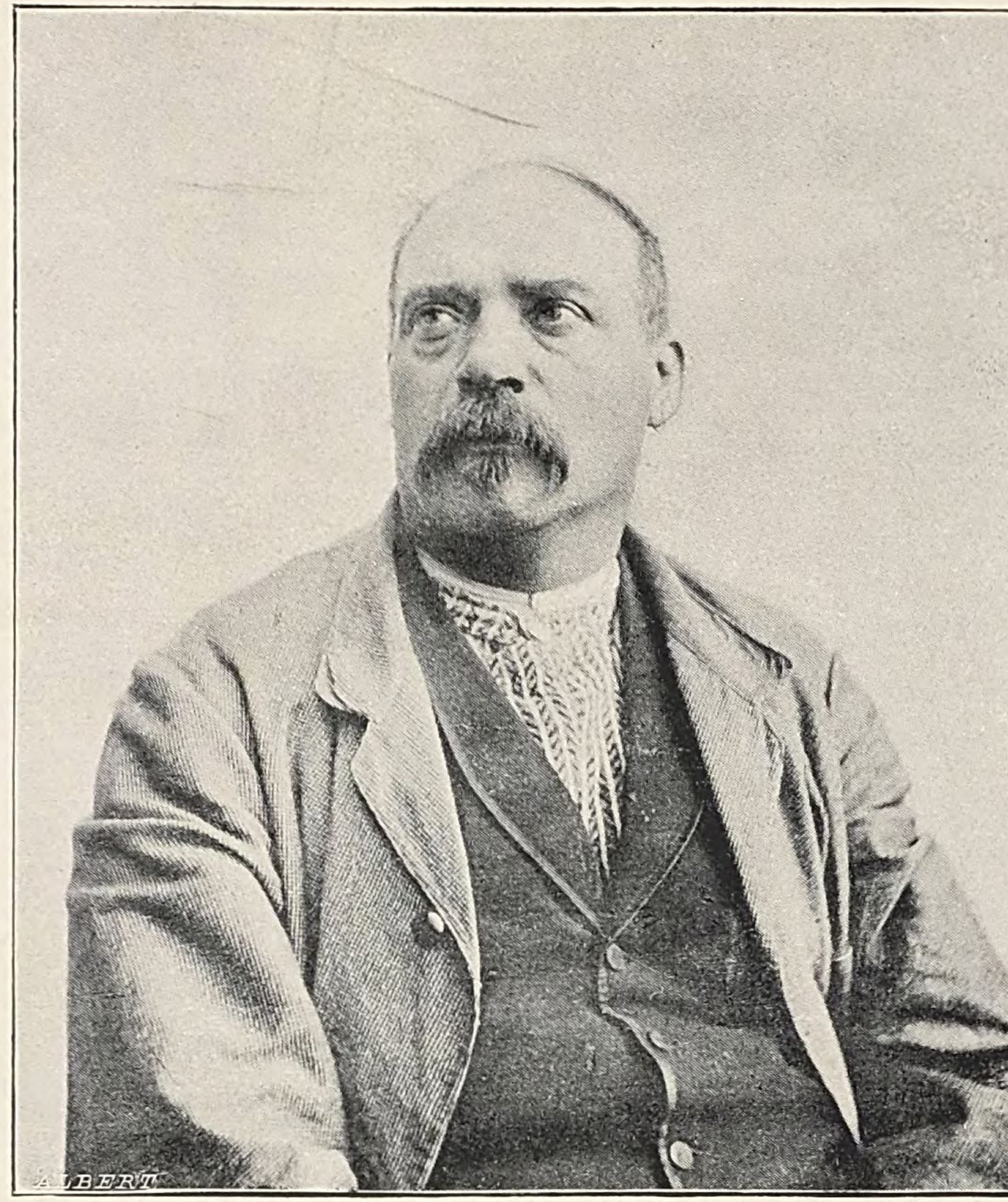


Fig. 2.
Geisteskrankheit bei multipler Sklerose.

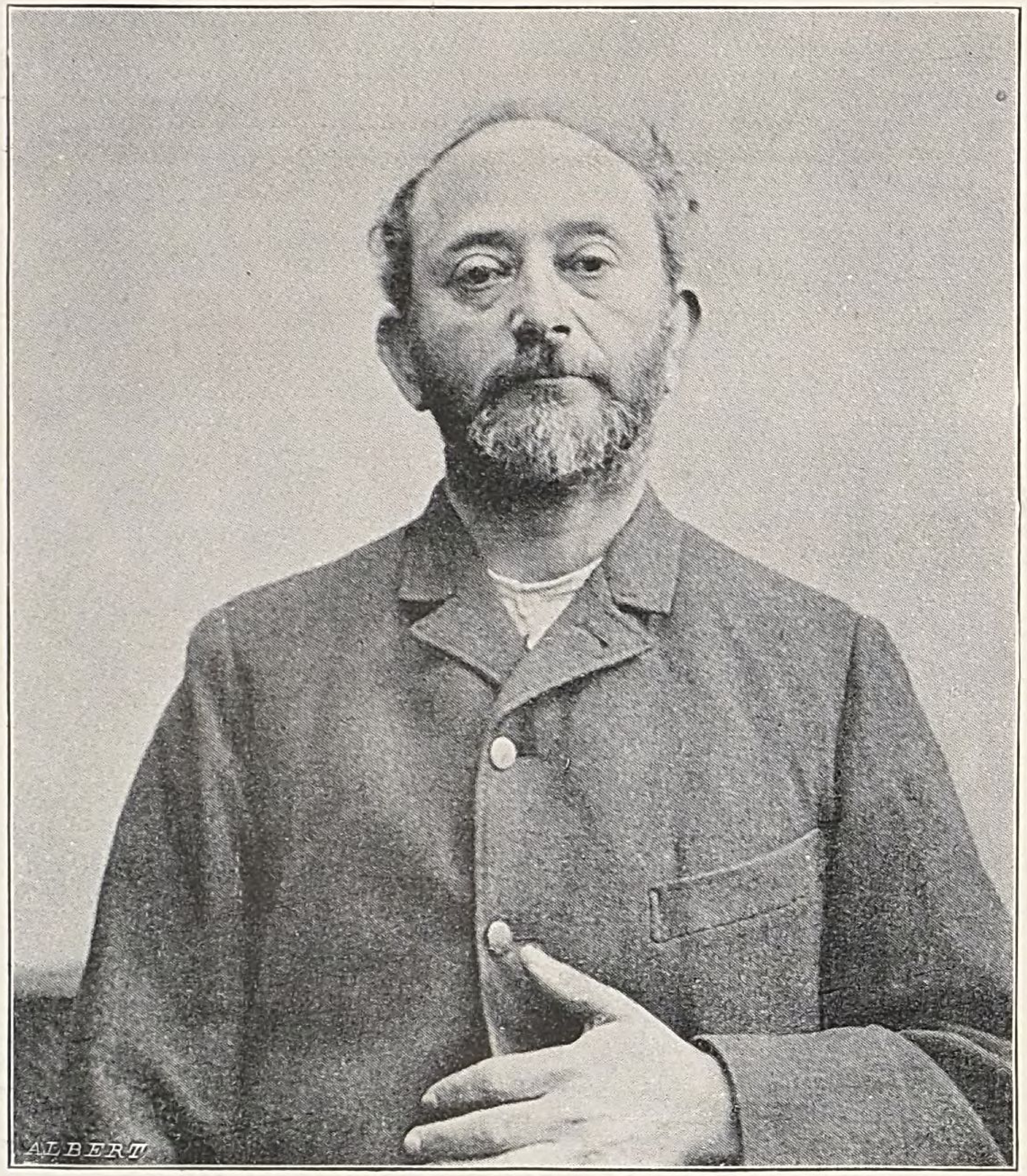


Fig. 1.
Paralyse. Maniakalisches Stadium.

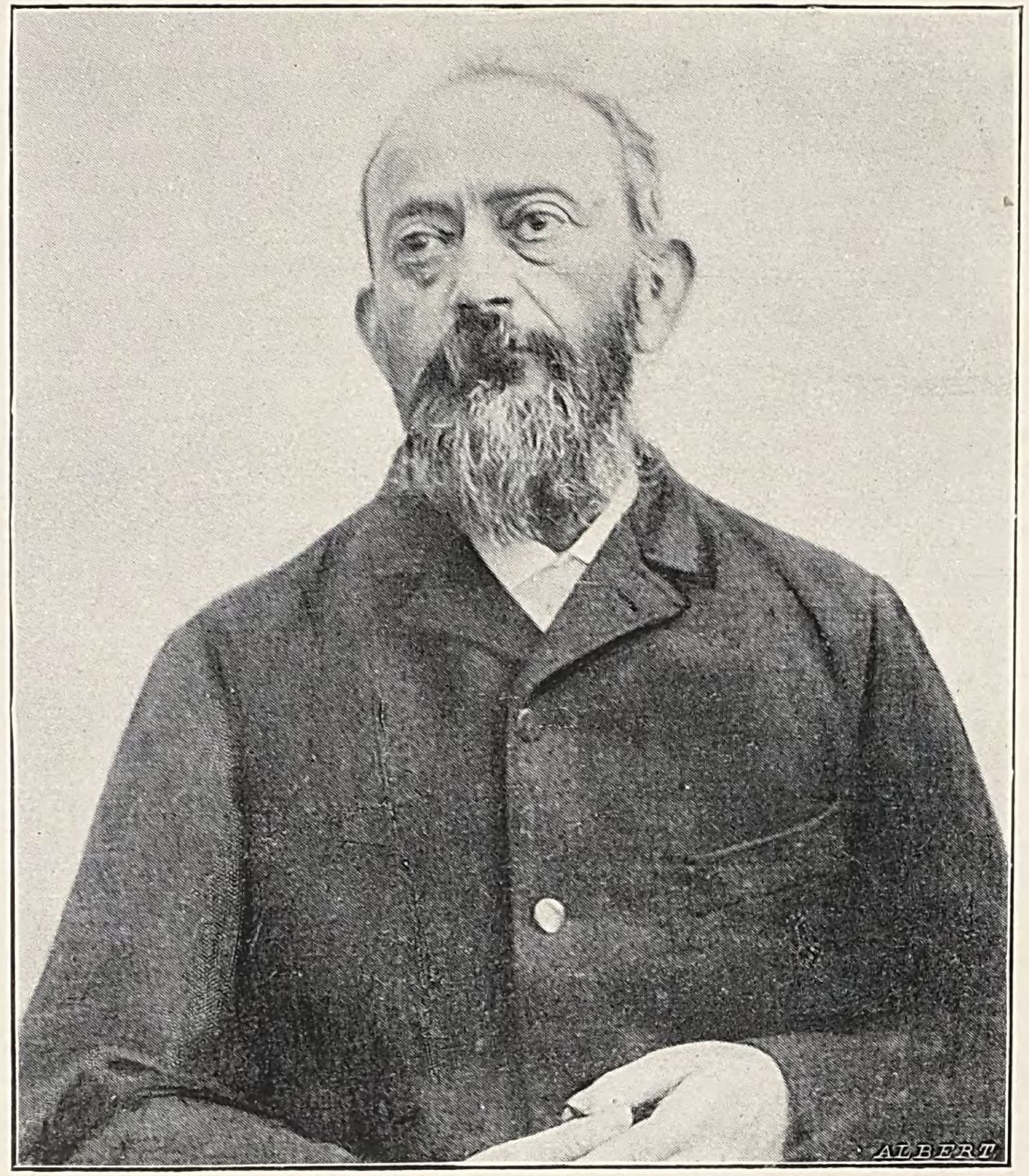


Fig. 2.
Derselbe im Stadium tieferen Verfalles.

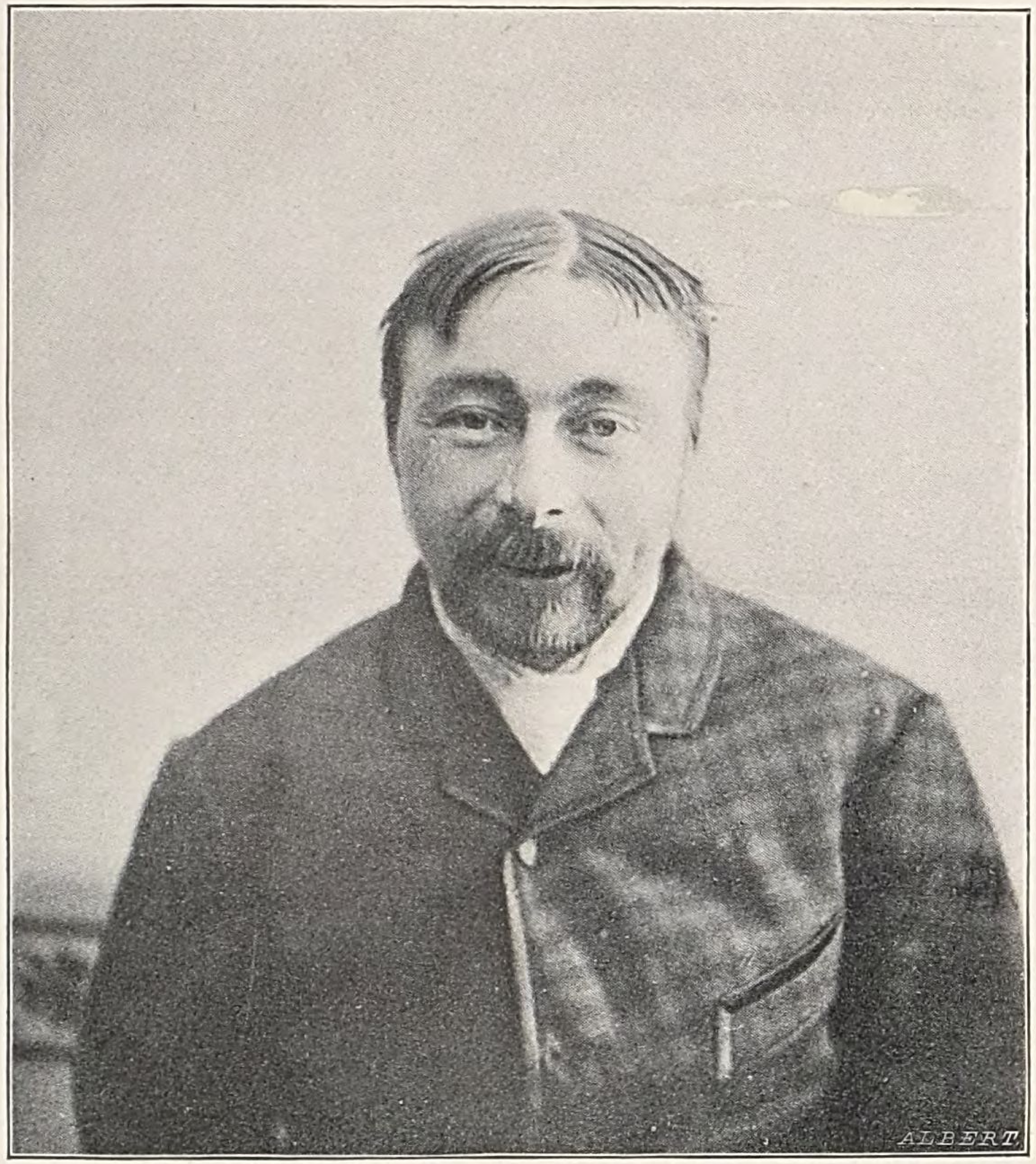


Fig. 1.
Paralyse im Stadium der Verblödung.

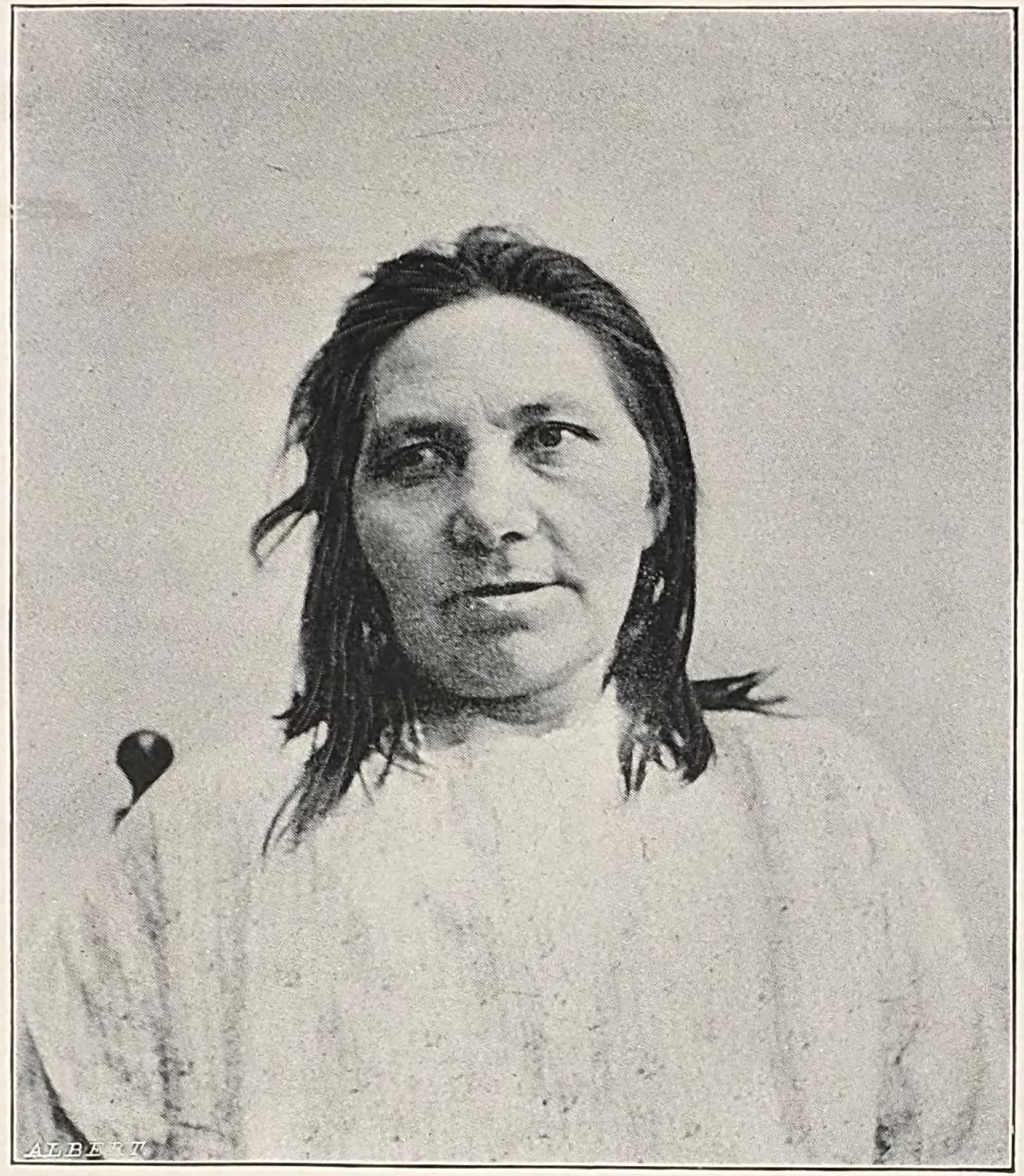


Fig. 2.
Paralyse. Aufregungsstadium mit beginnender Verblödung.

vorher aus Amerika angekommener Paralytiker, der sich angeblich auf der Reise noch ganz besonnen gezeigt hatte, raubte am andern Morgen im Hôtel aus allen erreichbaren Zimmern Geld, Uhren und Stiefeln zusammen, ging darauf spazieren und als er nach seiner Rückkehr sofort des Diebstahls beschuldigt und nach dem Verbleibe der Sachen befragt wurde, erwiderte er ganz harmlos, er wolle zunächst frühstücken, worauf er die Bestohlenen nach einer leeren Cementtonne im Hofe führte, worin er die Sachen verborgen hatte.

Sonst pflegt die Grössenwahnidee allein den Kranken selten oder nie zu Handlungen zu drängen. Er begnügt sich, darin zu schwelgen. Mitunter wird die krankhafte Empfindungsseligkeit so gross, dass der Grössenwahn über alle logische und sprachliche Möglichkeit hinausgeht und der Kranke keine Worte mehr findet. Er ist nicht bloss Gott, sondern Obergott, höchster dirigirender oberster Obergott. Sein Reichthum besteht nicht in Milliarden, sondern in Milliarden mal Milliarden mal Milliarden. Auch durch ihre Disparität, d. h. dadurch, dass man den Ursprung und die logische Begründung nicht mehr zu erkennen vermag, zeichen sich die Grössenideen des Paralytikers aus. Ein Kranker will zwei Möpse aus seinen Augen wachsen lassen, ein Anderer trägt zum Beweise, dass er Gott ist, sieben mal sieben heilige Zinken an seinem Leibe u. s. w.

Die Tobsucht des Paralytikers erwächst aus dem gehobenen Selbstgefühle und dem raschen Ablauf der psychischen Thätigkeiten, gleicht also der maniakalischen, pflegt auch, wie diese, allmälig zu beginnen und sich nach und nach zu voller Höhe zu entwickeln. Wegen der Störung des Selbstbewusstseins, die bis zur Verworrenheit steigt, ist der Paroxysmus meist sehr heftig und entladet sich in sinnlosem Schreien und blinder Zerstörungswuth. Er stellt jedoch meist nur eine Episode dar, ist von kurzer Dauer und hält selten länger, als wenige Tage an (S. u.) Doch bleibt, nachdem der Affekt schon von seiner Höhe herabgestiegen, oft noch kürzere oder längere Zeit eine Periode dauernder Verworrenheit und Aufregung zurück, in der der Kranke Koth schmiert und seine Kleider zerreisst.

Die motorischen Störungen nehmen immer deutlicher den Charakter der Ataxie und Incoordination an. — Die Störungen der Sprache sind theils reine Articulationsstörungen, indem durch Muskelparese das Sprechen erschwert wird, theils aber auch aphasischer Natur. Im letzteren Falle sind Lücken in den akustischen Wortbildern, in Folge dessen manche Worte nicht gefunden werden können, — oder in Bewegungserscheinungen, in Folge dessen die Articulation uncoordinirt und Fremdes eingeschoben wird, vorhanden. — Die Stimme erscheint, da die Parese die Bildung reiner Töne erschwert,

rauh und dumpf, oder meckernd. — In Erregungszuständen, wo ein stärkerer Antrieb die Parese noch überwindet, pflegen die Sprachstörungen weniger stark hervorzutreten.

Die Muskelparese giebt sich schon frühzeitig durch fibrilläre Zuckungen, vornehmlich auch der Lippenmuskeln und des ringförmigen Muskels zu erkennen. Beim Sprechen tritt sie anfänglich, so lange keine erhöhten Leistungen verlangt werden, noch nicht sehr deutlich hervor. Erst bei der Häufung schwierigerer Buchstaben versagt die Leistungsfähigkeit, z. B. bei Worten, die viele R's enthalten (dritte reitende Garde-Artillerie-Brigade!) oder bei vielsilbigen und zugleich ungewohnten Worten (Constantinopolitanischer Dudelsackpfeifergeselle!), — in allen Fällen also, wo die verschiedensten Muskelgruppen, Zungen-, Lippen- und Gaumenmuskeln zur Mitwirkung herangezogen werden und wo ausserdem eine besondere Aufmerksamkeit dazu gehört, um den Articulationsapparat zur Aussprache ungewohnter Wortbildungen glatt in Bewegung setzen zu können. Dass jedoch nicht bloss paretische Behinderungen des Articulationsapparates, sondern auch Associationsstörungen hier mitwirken, geht daraus hervor, dass Buchstaben und Silben, selbst ganze Wörter, verwechselt werden. Besonders beim lauten Lesen tritt der Fehler hervor. Der Kranke merkt selbst die Verstösse ganz gut, kann sie aber entweder gar nicht oder nur nach erneuter Anstrengung verbessern. Er gleicht hierin also dem an motorischer Aphasie leidenden Hemiplegiker.

Aehnliches gilt von der Schrift, welche immer ataktischer und dysgrammatischer wird.

Lähmungen finden sich ferner in den Augenmuskeln und der Iris, sowie dem Gebiete der Gesichtsnerven. In Folge dessen nimmt der mimische Gesichtsausdruck einen verschwommenen Ausdruck an, die Züge sind verwischt und ausdruckslos. Regelmässig erstreckt sich die Parese auch auf das Gebiet der Zungen-Schlundkopfnerven, wodurch Schluckbeschwerden und Erstickungsgefahr bedingt werden. Die Lähmung der Extremitäten zeigt sich im Zittern der Hände, noch deutlicher aber am Gange, der ataktisch und unbeholfen wird. Ist das Rückenmark an dem krankhaften Vorgange mitbetheiligt, so gleicht der Gang sehr dem eines an spastischer Spinalparalyse Leidenden. — Die Sehnenreflexe sind meist gesteigert.

Von S e n s i b i l i t ä t s s t ö r u n g e n ist hauptsächlich die Analgesie zu erwähnen. Dieselbe ist praktisch von ebenso grosser Wichtigkeit, wie die Glossopharyngeuslähmung, da Verletzungen, z. B. Brandwunden, bei Kranken, welche keine rechtzeitige Schmerzwarnung er-

halten, leicht eine sehr bedeutende, das Leben bedrohende Höhe erreichen können.

Das sensorische Gebiet ist verhältnissmässig am wenigsten betheiligt. Wenigstens werden Hallucinationen in der Paralyse nur selten beobachtet. Häufiger kommen Fälle von Neuroretinitis und Anosmie vor.

Das vasomotorische System verräth auch in diesem Stadium seine Betheiligung durch Temperaturschwankungen, umschriebene Gefässlähmungen der Haut, halbseitiges Schwitzen, Ausbruch von Herpes zoster, sowie der Fortdauer apoplektischer oder epileptiformer Anfälle.

Diese sogenannten paralytischen Anfälle sind Episoden im Krankheitsverlaufe, die ihn schon von Anfang an durchsetzen. Anfänglich handelt es sich nur um leichte Schwindel- und Ohnmachtsanfälle. Mit der fortschreitenden Krankheit aber nehmen sie ein immer drohenderes Ansehen an. Es sind stets schwere Bewusstseinsstörungen, die sich in dreifacher Weise äussern können. Entweder 1. das Bewusstsein schwindet ganz, der Kranke liegt comatös da, und Paresen, die meist halbseitig sind, begleiten den Anfall. In diesem die klinischen Merkmale der Aplopexie tragenden Zustande verharrt alsdann der Kranke einen bis einige Tage, häufig unter Fiebererscheinungen bis zu 40 ° C., Kopfcongestionen und vollem gespanntem Pulse, erwacht allmälig aus der Betäubung und erscheint, wenn auch geschwächt, wieder wie vor dem Anfalle. Eine genauere Untersuchung lässt die Verschlimmerung der paretischen Erscheinungen und der Demenz alsdann nicht verkennen. — Oder 2. der Anfall ist weniger schwer, das Bewusstsein umnebelt, aber nicht ganz geschwunden, statt halbseitiger Parese zeigt sich mehr allgemeine Schwäche, der Kopf ist heiss und die Zunge dick belegt. Ebenfalls nach einigen Tagen tritt verhältnissmässige Rekonvalescenz von diesem „gastrischen“ Zustande ein. Auch diese Form pflegt unter Fiebererscheinungen zu verlaufen. — Oder 3. die Anfälle tragen keinen apoplektischen oder gastrischen, sondern einen epileptiformen Charakter. Der Kranke stürzt besinnungslos hin und verfällt in allgemeine Krämpfe, die ganz den klassischen epileptischen gleichen und auch auf dieselbe Weise verlaufen. Mitunter sind die Muskelzuckungen auch nur halbseitig. Der Kranke verharrt dann mehrere Tage darin. — Endlich kommen auch, und dies scheinen die häufigsten Fälle zu sein, Tobsuchtsanfälle nach Art des postepileptischen Deliriums vor. Sie sind von den gewöhnlichen maniakalischen und zornigen Erregungen wohl zu unterscheiden. Die schwere Benommenheit des Bewusstseins, welche aber doch nicht, wie bei der echten

Epilepsie, bis zur völligen Amnesie sich steigert, sondern eine beschränkte Rückerinnerung gestattet, schützt hier vor Verwechslungen. Auch hier pflegt schon nach einigen Tagen wieder Beruhigung einzutreten, bis nach Wochen oder Monaten ein neuer Anfall den Kranken wieder einen Schritt näher zur Verblödung führt. — Die anatomisch-pathologische Grundlage der geschilderten paralyptischen Anfälle ist in direkter Rindenreizung durch capilläre Blutungen und pachymeningitische oder leptomeningitische Ausschwitzungen und dergl. zu suchen.

3. Das Endstadium entwickelt sich mit unmerklichem Uebergange aus dem vorigen. Die Lockerung des geistigen Mechanismus nimmt unaufhaltsam zu, die Erinnerungsausfälle werden umfangreicher, das Bewusstsein verflüchtigt sich mehr und mehr. Die Sinnesorgane vermitteln wohl noch Wahrnehmungen, aber Seelenblindheit und Seelentaubheit verhindern die Apperception. Schliesslich gehen auch die letzten Reste des früheren Vorstellungslebens verloren und das Seelenleben versinkt in die Nacht apathischen Blödsinns.

Die motorischen Störungen nehmen mehr und mehr überhand, so dass die Kranken ihre Hände und Beine nicht mehr gebrauchen können. Sie können nicht mehr gehen und müssen gefüttert werden. Lähmung der Schliessmuskeln tritt ein, die unreinlich gewordenen Kranken liegen grimmassirend und zähneknirschend, durch Contractur der Rumpf- und Extremitätenmuskeln kugelig zusammengezogen im Bett. Nachdem sich noch trophische Störungen dazugesellt haben, namentlich Schwund des Fettpolsters, Rippenbrüchigkeit und Ohrblutgeschwulst, gehen sie über kurz oder lang an hypostatischer Lungenentzündung oder Blasencatarrhen oder brandigem Aufliegen zu Grunde.

Die Paralyse ist eine fieberlose Krankheit. Doch kommen bei congestiven Zuständen und Tobsuchtsanfällen, wie schon erwähnt wurde, Temperaturen von 40° und darüber vor. Gegen den Schluss des Leidens werden fast regelmässig subnormale Collapstemperaturen lange Zeit hindurch beobachtet.

Abweichungen im Verlaufe.

a) Die hypochondrische Paralyse. Statt der maniakalischen Ueberhebung zeigt sich hypochondrische Verstimmung mit Wahnideen. Auch hier zeigen letztere den durch Schwäche des Intellekts und mangelnde Kritik verschuldeten Charakter der Ungeheuerlichkeit und des blöden Unsinns. Namentlich häufig sind Klagen über das Verschwinden einzelner Glieder. Die Geschlechtstheile sind fort, der Kopf fehlt, die Eingeweide sind zu Lehm verwandelt. Oder es kommen mikromanische Delirien zum Vorschein, der Kranke ist nur noch einen Zoll

hoch, die übrigen Menschen sind auch nicht grösser, der Penis ist ganz klein geworden und eingeschrumpft. Ein besonders heftiger Affekt wird dabei nicht geäussert. Der Kranke ist mehr betroffen als ängstlich erregt, er sieht Allem, wie einem fremden Schauspiele, mit naivem Erstaunen zu.

Der mikromanische Wahn (nicht zu verwechseln mit dem bloss auf den inneren Werth bezüglichen Kleinheitswahn der Melancholiker!) kann mit Megalomanie, in welcher der Kranke sich für sehr gross hält (er ist meilenlang, er reicht vom Himmel bis zur Erde) abwechseln. Ueberhaupt wechselt das hypochondrische Delir nicht selten mit einem maniakalischen ab, mitunter in so regelmässigen Perioden, dass man von einer circulären Form der Paralyse gesprochen hat.

b) Die melancholische Paralyse. Statt der maniakalischen oder hypochondrischen Wahnideen ist hier schmerzliche Verstimmung vorhanden, die sich ihrem Inhalte nach zunächst in Nichts von dem der gewöhnlichen psychoneurotischen Melancholie unterscheidet, ihre Zugehörigkeit zur Paralyse aber durch raschen Verfall in terminalen Blödsinn erweist. Ausserdem treten aber gerade bei dieser Form die motorischen Störungen vorzugsweise früh und stark auf. Ebenfalls pflegt auch hier der Affekt zuweilen mit maniakalischen Grössenideen abzuwechseln.

c) Die Paralyse mit direktem Uebergang in Verblödung. An das Vorläuferstadium schliesst sich sofort das Endstadium der Verblödung an. Grössenideen werden höchstens nur andeutungsweise und sehr vorübergehend geäussert, Tobsuchtsanfälle, die auch bei dieser Form nicht selten vorkommen, sind der Ausdruck direkter Reizung der motorischen Centren, ohne die psychischen Mittelglieder der Vorstellung und des Willens.

Am häufigsten ist die maniakalische und die mit direktem Uebergange in Verblödung verlaufende Form, nächstdem folgt die hypochondrische, während die melancholische am seltensten vorzukommen scheint.

Folgende kurze Skizzen gewähren einen Einblick in die Verschiedenheit des Verlaufes.

21. Krankenskizze. Maniakalische Paralyse. In die Anstalt wird ein 40jähriger verheiratheter Geschäftsmann, ein Fabrikbesitzer, gebracht. Er lebt in angesehener Stellung, gilt als gut situirt, hat die Feldzüge mitgemacht und ist Landwehroffizier Schon seit längerer Zeit hatte er über Kopfschmerzen geklagt, auch

einmal, was aber damals nicht beachtet worden war, einen leichten vorübergehenden Schwindelanfall gehabt. Auch war den Angehörigen und mehr noch seinen Freunden, eine gewisse Reizbarkeit und Aergerlichkeit, die sich mitunter bis zur Rechthaberei und Händelsucht steigerte, an dem sonst stets unter den besten Formen auftretenden gebildeten Manne aufgefallen. Dann war eine Periode wilder Kauf- und Spekulationslust, die an dem soliden Geschäftsmanne doppelt aufgefallen war und ihm namhafte Verluste gebracht hatte, gefolgt. Die Aufregung steigerte sich nunmehr in einer Weise, dass Niemandem mehr der krankhafte Charakter derselben verborgen bleiben konnte. Eine überschäumende Lustigkeit bemächtigte sich des Kranken, Trunkexcesse folgten und eines Tages brach Tobsucht aus. In diesem Zustande erfolgte die Ueberweisung an die Anstalt. Bei seiner Ankunft war der Kranke sehr aufgeregt, sprach in lautem und erregtem Tone, prahlte bald, bald drohte er mit dem Staatsanwalt wegen unrechtmässiger Freiheitsberaubung, er verlangte in brüskem Tone sofort untersucht zu werden, ob er gesund oder krank sei. Doch liess er sich willig auf die Abtheilung, in's Bad und zu Bett bringen. Am andern Morgen zeigte er die heiterste maniakalische Stimmung. Er sei ungemein zufrieden und glücklich, so glücklich, wie er noch nie gewesen, er möchte die ganze Welt vor seligem Entzücken an seine Brust drücken. Sein Glück ist so namenlos, dass er keine Worte, sondern nur noch Thränen der Rührung dafür findet. — Nicht lange, und es wurden auch Wahnideen geäussert. Der Herr, mit dem er heute beim Essen zusammengetroffen sei, passe nicht zu seinem Umgange. Er sei etwas Besseres, überhaupt habe er hier zu befehlen, er sei Direktor, er allein habe zu commandiren, er commandire Alles, die ganze Welt, er sei Gott und Obergott. Ein anderes Mal besass er unermessliche Reichthümer, Millionen mal Milliarden; er ist sehr freigebig und verspricht jedem Einzelnen tausend Tonnen Goldes. — Lähmungen waren frühzeitig zu der psychischen Erkrankung hinzugetreten. Doch waren sie anfänglich nicht sehr hervortretend, namentlich am Gange und an der Sprache merkte man lange kaum eine Abweichung von Gesunden. Doch konnte die Zunge nur zitternd herausgestreckt werden. Am auffälligsten verhielt sich von vornherein die Handschrift. Sie zeigte Abweichungen der einzelnen Buchstaben von einander in Höhe und Breite, auch die Linien waren krumm, Grund- und Haarstriche nicht fest unterschieden, das Blatt durch Tintenflecke verunreinigt. Einzelne Buchstaben waren auch verwechselt, falsche Wörter durchgestrichen und durch gleichfalls falsche ersetzt. Die Schrift zeigte somit deutlich

einen ataktisch-dysgrammatischen Charakter. Die Pupillen reagirten träge. Die Stimmung war stets erhoben, prahlerisch und rechthaberisch, Widerspruch konnte ihn zu heftigen Zornausbrüchen reizen. — Allmälig trat nun eine grössere Lockerung des psychischen Mechanismus ein. Die Ideenverbindung wurde immer loser, der Gedankengang immer desultorischer, die Handlungen gewannen einen immer impulsiveren Charakter, liessen vernünftige Motivirung ganz vermissen und zeigten sich zugleich schwächlich in der Ausführung. — Unter Zunahme der paretischen Erscheinungen, Fortdauer der Grössenideen und der maniakalischen Stimmung, wenn auch in allmälig immer mehr abgeschwächter Form, tritt allmälig vollkommene Verblödung ein. Der Kranke liegt im Bett und wiederholt, stupide lächelnd, unter entsprechender Handbewegung unaufhörlich die Redensart: „Meine Tante, deine Tante“ — bis er nach etwa zweijähriger Dauer des Leidens wiederholten apoplektischen Anfällen erliegt

22. Krankenskizze. Hypochondrische Paralyse. Ein 60jähriger, durch unregelmässiges angestrengtes Berufsleben bei Nachtwachen und kümmerlichem Verdienst in seiner Ernährung herabgekommener Musikant erkrankte an hypochondrisch-melancholischer Verstimmung, die im Gefolge eines Magencatarrhs, dick belegter Zunge und Appetitlosigkeit auftrat. Die Klagen des Kranken bezogen sich anfänglich nur auf das wirklich vorhandene und nachweisbare körperliche Leiden, nahmen aber bald eine andere und entschieden krankhafte Richtung, sein Blut circulire nicht ordentlich, er habe Wasser im Leibe. Bewegten sie sich so anfänglich noch innerhalb der Grenze des Möglichen, so steigerten sie sich doch mit der Zeit, zugleich mit zunehmender Urtheils- und Gedächtnissschwäche zu Wahnideen des sonderbarsten und unmöglichsten Inhalts. Magen und Eingeweide seien verschwunden, Alles, was er geniesse, fiele in ein grosses Loch, sein Gehirn sei ausgetrocknet, er selbst sei nur noch einen Fuss hoch und alle andern Menschen seien ebenfalls nicht grösser, als Puppen. — Lähmungen fanden sich hauptsächlich im Bereiche der Gesichtsmuskeln. Der Kranke stotterte, konnte die Lippenbuchstaben nicht ordentlich aussprechen und den Mund nicht mehr spitzen. Später, bei zunehmendem Verfall der Geisteskräfte, konnten ganze Wörter, namentlich Hauptwörter, nicht mehr ausgesprochen werden Dazu gesellte sich Ptosis des linken Augenlides, sowie immer schwerere Parese der Extremitäten. Der Kranke wurde schliesslich so schwach und zitterig, dass er nicht mehr stehen und nicht mehr den Löffel zum Munde führen konnte. So hilflos, dass er gefüttert und gewaschen

werden musste, sprachlos, unvermögend, die Speisen zu kauen und kaum im Stande, sie zu schlucken, zum Skelett abgemagert, ein wahrhaftes Bild des Jammers, wurde der Kranke nach fast 2 Jahren endlich durch den Tod erlöst

23. Krankenskizze. Paralyse mit direktem Uebergang in Verblödung. Ein 47 jähriger Schiffscapitän erkrankte kurz nach der Rückkehr von einer langen uud anstrengenden Seereise. Er klagte über Kopfweh, als ob ihm ein Reifen um die Stirn gelegt sei, und dass er sich nicht mehr besinnen könne. Alsbald fing er auch an, Wahnvorstellungen, und zwar melancholischen Inhalts, zu äussern. Er habe sein Schiff schlecht geführt, es sei durch seine Schuld verloren gegangen (thatsächlich hatte er es wohlbehalten zurückgeführt), mit ihm sei es nun vorbei, er werde verurtheilt und in's Gefängniss geführt werden. Der melancholische Affekt wurde aber sehr bald durch einen maniakalischen mit grosser Euphorie abgelöst. Schon hierbei trat eine auffallende Schwäche der Intelligenz hervor, die Wahnideen waren sehr wechselnd und flüchtig, sie erschienen mehr wie plötzliche Einfälle, die dem Kranken gerade durch den Kopf gingen, um sofort durch andere wieder abgelöst zu werden. Er wolle einen grossen Garten anlegen und ein Gärtner werden, er habe ein „heiliges Vermächtniss" gemacht, er könne viel sagen, wenn er nur wolle, er habe in seinem Garten eine grosse Kiste mit Geld und „Originalen" eingegraben, und dergleichen unzusammenhängendes Gefasel. — Körperliche Lähmungserscheinungen, auch auf dem vasomotorischen Gebiete, hatten schon von Beginn an den geistigen Verfall begleitet. Namentlich war das Sprechen sehr erschwert, ebenso das Schlucken. Der Kranke wurde bald so hinfällig, dass er das Bett nicht mehr verlassen konnte. Er lag meist ganz ruhig da, an der Bettdecke zupfend oder mit seinen Fingern spielend, und versicherte Jedem mit blödem Lächeln, dass er sich sehr wohl fühle An seine Leibesbedürfnisse musste er erinnert, und zuletzt auch gefüttert werden. Die fortschreitende Lähmung nahm unter wiederholten apoplektiformen Anfällen einen sehr raschen Verlauf, und schon nach vier Monaten trat der Tod ein.

Der Ausgang in den Tod ist die Regel. Doch sollen auch einige in Genesung übergegangene Fälle beobachtet worden sein. Man darf sich hierbei von den sehr häufigen Remissionen nicht täuschen lassen. Dieselben sind mitunter so tiefgehend und langdauernd, dass erst das Wiedereinlenken in kranke Bahnen über ihre wahre Natur Aufschluss giebt.

Die Dauer der Krankheit ist sehr verschieden. Doch darf man etwa 3—4 Jahre als mittlere Dauer annehmen. Die Fälle raschen Verlaufes, wo innerhalb etwa eines Jahres sich der ganze Vorgang abspielt, sind entschieden seltener, als die sich in die Länge ziehenden. Die hypochondrische und melancholische Form verläuft rascher, als die typisch-maniakalische, wie überhaupt alle Fälle, bei denen schon von Anfang an die motorischen und vasomotorischen Störungen verhältnissmässig stark gegen die psychischen Erscheinungen hervorgetreten sind.

Unterscheidende Diagnose. Die Diagnose der ausgebildeten klassischen Paralyse ist trotz der viele Analogien bietenden Mannigfaltigkeit der Erscheinungen leicht zu stellen, da die Natur des Grössenwahns, die psychische Schwäche und die bei näherer Untersuchung stets zu erhebenden motorischen Störungen jeden Irrthum ausschliessen. — Auch die hypochondrische und melancholische Form unterscheidet sich durch diese Merkmale unschwer von der betreffenden Neurose oder Psychoneurose.

Das demente Stadium im Verein mit motorischen Störungen kann mit Alkoholparese verwechselt werden. Als Unterscheidungsmerkmale bietet letztere jedoch die Verschiedenheit der Wahnideen, indem Grössenwahn gar nicht, dagegen meist alkoholistischer Eifersuchtswahn geäussert wird, ferner Gesichtshallucinationen, die bei Paralyse zu fehlen pflegen, und den günstigeren Verlauf.

Die paralytischen Lähmungen endlich sind keine wirklichen umschriebenen und stationären Ausfallserscheinungen, sondern vielmehr allgemeine und fortschreitende Coordinationsstörungen, wodurch sie von den luetischen und sonstigen Heerderkrankungen des Gehirns unterschieden werden

Schwieriger gestaltet sich die Erkenntniss im Beginn des Leidens, zu einer Zeit, wo die Diagnose, ob überhaupt eine Geisteskrankheit vorliege, selbst noch fraglich ist. Aber gerade hier ist es wichtig, das Richtige zu treffen. Denn einerseits kann durch unzweckmässige therapeutische Eingriffe, z. B. Kaltwasserkuren bei vermeintlichen Neurasthenikern, der Verlauf des Leidens beschleunigt werden, andererseits kann es sich darum handeln, den Kranken, der im Begriff steht, sich durch maniakalisch und schwachsinnig zugleich geführte Unternehmungen zu compromittiren, vor schweren Verlusten zu bewahren. Die schon geschilderten Vorboten, Kopfschmerz, leichte Schwindelanfälle, Reizbarkeit und nachtheilige Aenderung des Charakters müssen hier auf den richtigen Weg leiten helfen. Das wichtigste Erkennungszeichen aber, das sich schon in dieser frühen Periode darbietet, ist die charakteristische Veränderung der Handschrift. Man darf die-

selbe als eines der frühesten, den erkennbaren psychischen Veränderungen oft jahrelang vorausgehenden, Zeichen ansehen.

28. Krankenvorstellung. Klassische maniakalische Paralyse. (Taf. 23, Fig. 1 u. 2.) S. L., Kaufmann, 49 Jahre alt, verheirathet, soll Veränderungen des Charakters, namentlich Reizbarkeit, Zornmüthigkeit und rohen Uebermuth, seit etwa dreiviertel Jahren gezeigt haben. Seit zwei Monaten sind Sprachstörungen hinzugetreten. Er zeigte übertriebene Unternehmungslust, Kauf- und Spekulationssucht. Am Tage vor seiner Aufnahme versandte er zahlreiche Telegramme, aus denen für die Angehörigen, die bisher gezweifelt hatten, die Geistesstörung klar hervorging. — Der Kranke ist von mittelgrosser Figur und mässig guter Ernährung. Die Muskulatur erweist sich von mässiger Stärke. Die Pupillen sind klein und reagiren nicht merklich auf Lichteinfall. An der Zunge und den Extremitäten macht sich leichtes Zittern bemerklich, die tiefen Reflexe sind erhalten, bei geschlossenen Augen tritt kein Schwanken ein, gröbere Sensibilitätsstörungen fehlen anscheinend. Der Gesichtsausdruck ist heiter und sorglos, dabei selbstbewusst und überhebend. Die rechte Nasen-Lippenfalte ist verstrichen und der entsprechende Mundwinkel hängt etwas herab durch Facialisparese. Der Kranke stösst stark mit der Zunge an und zeigt Silbenstolpern. Auch ausgesprochene Lesestörungen sind vorhanden, in der Weise, dass einzelne Wörter falsch ausgesprochen und Buchstaben und ganze Silben ausgelassen werden. —

Der Kranke hat keine rechte Vorstellung von seiner Lage und was mit ihm vorgeht, ist übrigens gern bereit, in der Anstalt zu bleiben, um sich einer Behandlung zu unterziehen. Bald darauf glaubt er sich im Gasthause zu befinden und bestellt sich Entenbraten mit Spargel, nebst einer halben Flasche Madeira, schilt auch auf die Pfleger, die er für Kellner hält, weil sie die Bestellung nicht ausführen. Jedoch folgt er willig auf die Wache und ist auch mit dem „Erfrischungsbade“ ganz einverstanden. Perception und Apperception sind sonst noch nicht wesentlich gestört. Doch erscheint die Ideenverbindung erheblich gelockert, der Kranke kommt vom Hundertsten in's Tausendste. Das Gedächtniss ist nur noch sehr mangelhaft erhalten, das Zahlenvermögen gleicherweise wesentlich gestört. Hallucinationen scheinen vorhanden zu sein, obgleich direkte Aeusserungen des Kranken hierüber nicht vorliegen. Als das hervortretendste psychische Symptom geben sich schwachsinnig-maniakalische Grössenideen kund. Der Kranke besitzt ein kolossales Vermögen, von dem er freigebig Millionen verschenkt, hat 285 Häuser, ist der reichste Mann Bremens. In Hamburg ist er Senator gewesen, dann in weiterer Steigerung König und Kaiser. — Die Stimmung ist wechselnd, bald maniakalisch heiter, wobei er in Grössenideen delirirt, bald durch melancholisch-hypochondrische Vorstellungen getrübt. Er glaubt dann vergiftet zu sein, beschuldigt seine Frau des Ehebruchs und dass sie sich von ihm habe wollen scheiden lassen (was nicht wahr ist) oder er klagt die Aerzte irgend einer Schändlichkeit an. Sein Benehmen ist dann abweisend, zornig, er wird erregt, schilt laut und klatscht unaufhörlich in die Hände.

b. Nach dreiviertel Jahren sehen wir den Kranken in einem vorgerückten Zustande des Verfalles wieder. Er hat während dessen eine Reihe paralytischer Anfälle durchgemacht. Anfänglich handelte es sich nur um gewöhnliche Tobsuchtsanfälle, die als Steigerungen des maniakalischen Affektes unter Schreien, Brüllen und Zerreissen der Kleider verliefen und sich etwa alle sechs Wochen wiederholten. Zwischendurch sind aber auch einige schwerere Anfälle mit stärkerer Benommenheit des Bewusstseins, paretischen Erscheinungen, namentlich der Schlingmuskeln, und Erhöhung der Temperatur auf 40° C. und darüber aufgetreten. Jedesmal ging der Kranke geschwächter aus einem solchen mehrere Tage währenden Anfalle hervor und erlangte auch, nachdem er sich wieder einigermassen erholt hatte, doch den früheren Kräftezustand nicht wieder. Die Intelligenz hat noch mehr Schiffbruch gelitten, Hallucinationen drängen sich immer stärker in's Bewusstsein und auch die Stimmung hat sich wesentlich verändert.

Der heiteren sorglosen Ueberhebung, die das Krankheitsbild sonst belebte, begegnen wir fast gar nicht mehr. Nur mitunter hören wir den Kranken noch sagen: „Bin ich nicht der berühmte L , den jedes Kind kennt,“ oder er bietet seine Tochter unter vortheilhaften Bedingungen als Frau an. Aber es ist, als wäre es ihm nicht mehr recht Ernst damit. Er ist traurig geworden, seine Miene zeigt deutlich die Züge der schmerzlichen Melancholie, senkrechte Nase-Stirnfalten, tiefe Nase-Lippenfalten, hängende Mundwinkel, der Blick ist sorgenvoll und ängstlich. Ist der Kranke nicht traurig, so ist er meist zornig erregt und offenbar von allerhand verworrenen Beeinträchtigungsideen, in denen seine Frau eine grosse Rolle spielt, bedrängt. Die telephonischen Nachrichten, die er durch die Wand empfängt und ebenso zurückgiebt, dienen auch nicht dazu, ihn aufzuheitern, denn stets sind sie von Unlustgefühlen begleitet Als Reste des früheren Zustandes sind eigentlich nur noch die Grössenideen zurückgeblieben, aber mehr als Erinnerungsreste Denn aus der jetzt herrschenden Stimmung sind sie nicht geboren und beeinflussen sie auch nicht mehr. — Der körperliche Verfall ist mit dem Fortschritt des geistigen parallel gegangen. Die paretischen Erscheinungen sind sämmtlich gesteigert, der Gang ist ganz ataktisch, die Sprache ganz undeutlich geworden, das Schlucken so erschwert, dass nur noch breiartige Speisen unter steter Aufsicht, damit sich der Kranke nicht verschlucke, gereicht werden können. Seiner Schliessmuskeln ist der Kranke noch ziemlich Herr, doch kommen auch hier bereits vorübergehende Paresen vor. Das Körpergewicht ist in stetem langsamem Sinken begriffen.

29. Krankenvorstellung. Paralyse mit raschem Uebergang in Verblödung. (Taf. 24, Fig. 1.) N. S., einunddreissigjähriger Hausdiener, ist seit etwa einem halben Jahre erkrankt Schon bald im Beginn der Erkrankung war die Intelligenzschwäche sehr hervortretend. Der Kranke konnte sich gar nicht orientiren, wusste nicht, wie alt er war, noch wo er wohnte, hatte auch vergessen, dass er verheirathet war. Er hallucinirte stark und stand ganz unter der Herrschaft seiner Sinnestäuschungen. Namentlich waren die Gesichts-

hallucinationen hervortretend. Der Kranke schaute unausgesetzt nach der Wand und sagte, dort ständen zwei Engel, die, wenn er betete, den Stuhl bewegten. Er macht Greifbewegungen mit der rechten Hand und bemerkt, er fange den lieben Gott und sperre ihn unter der Bettdecke ein. In solchen und ähnlichen schwachsinnig-desultorischen Delirien ist das Vorstellungsleben andauernd befangen. Die Stimmung ist heiter-euphoristisch, doch sind Grössenideen nur schwach und vorübergehend aufgetreten. Das Höchste, was erreicht wurde, ist die Idee, Rittmeister der Reserve zu sein und zehntausend Mark Vermögen zu besitzen.

Auch körperlich ist der Verfall rasch vorwärts geschritten. Die Pupillen reagiren träge, bei geschlossenen Augen tritt beträchtliches Schwanken ein, die Zunge zeigt fibrilläres Zittern, Sprechen und Schlucken ist erschwert. Auch an den Extremitätenmuskeln ist Zittern nachweisbar Ferner finden wir ataktischen Gang und Fehlen der Patellar- und Fussreflexe. Auch tritt häufig Parese des Detrusor vesicae ein, die gefüllte Blase muss alsdann durch den Katheter entleert werden. Endlich ist zeitweise die Speichelsekretion sehr vermehrt

Nachtrag Nachdem die Hinfälligkeit immer grösser geworden, sodass der Kranke gefüttert werden musste, weil die zitternden Hände den Löffel nicht mehr zum Munde führen konnten, nachdem ferner die Herrschaft über die Schliessmuskeln verloren gegangen, sodass an einigen Stellen Decubitus aufgetreten war, nachdem endlich noch ein apoplektiformer Anfall die Hilflosigkeit auf das Aeusserste gesteigert hatte, trat nach zwei Monaten der Tod ein. Das Körpergewicht hatte um 18 Kilogramm abgenommen. — Die Sektion ergab als makroskopischen Befund diffuse chronische Periencephalitis, nämlich starke Verdickung der weichen Hirnhäute, namentlich im Bereiche der Stirnlappen, erweiterte, mit seröser Flüssigkeit gefüllte Seitenventrikel und Atrophie der Hirnrinde, — ausserdem beiderseitige frische adhäsive Pleuritis. —

30. Krankenvorstellung. Paralyse bei einer Frau. Uebergang in Verblödung (Taf. 24, Fig. 2) Die Kranke, eine 43jährige Arbeiterswittwe, ist seit $1^1/_2$ Jahren leidend. Das Uebel soll mit Kopfschmerz, Schwindel und Uebelkeit begonnen haben und „Schlaganfälle“ mit Bewusstlosigkeit sind die weitere Folge gewesen. — Sie ist von mittlerer Grösse und kräftig gebaut. Das Gesicht sieht gedunsen aus und ist zeitweise geröthet, linksseitige Facialisparese ist zu bemerken, die Pupillen reagiren träge. Beim Sprechen stösst die Kranke etwas an und die Zunge und die Extremitätenmuskeln zeigen leichtes Zittern — Die Kranke befindet sich meist in motorischer Erregung, schwatzt, lacht und schilt viel. Ihre Intelligenz ist sehr geschwächt, Krankheitseinsicht und auch nur einigermassen richtige Abschätzung der Lage werden ganz vermisst, illusionäre Personenverwechselungen sind nichts Seltenes. Die Stimmung ist mitunter zornig erregt, meist aber heiter-euphoristisch Sie besieht gern Bilderbücher und ergeht sich dabei in illusionären Phantasieen. Die Bilder stellen ihre Tochter, ihren Mann oder andere Bekannte vor. Von Moltke's Bilde sagt sie, das

sei ihres Mannes College, derselbe hiesse Dorheim, wobei zugleich offenbar eine dysgrammatische Lesestörung und Verwechslung mit dem Titel der Zeitschrift „Daheim“ eine Rolle spielt. Die von der Kranken geäusserten Grössenideen sind für die Paralyse weiblicher Kranken charakteristisch. Sie bewegen sich nämlich ganz auf dem Gebiete der specifisch weiblichen Leistung des Kindergebärens. Tausende von Kindern hat sie schon geboren, jede Nacht bringt sie zwanzig und mehr zur Welt. Dies Alles wird in wirrem Durcheinander mit anderen Dingen ohne besonderen Affekt vorgebracht.

Mehrfach hat die Kranke schon schwere paralytische Anfälle mit Bewusstlosigkeit und klonischen Muskelzuckungen, die meist halbseitig, einigemale aber auch doppelseitig, Tag und Nacht anhielten, und wobei die Temperatur über 40° C. anstieg, durchgemacht.

Zwanzigstes Kapitel.

IV. Die organischen Geisteskrankheiten.

(Schluss.)

D. Das luetische Irresein.

Unter luetischem Irresein versteht man ein solches luetisches Gehirnleiden, bei welchem psychische Symptome im Vordergrunde des klinischen Bildes stehen.

Die anatomischen Grundlagen sind die aus der pathologischen Anatomie bekannten syphilitischen Gewebserkrankungen des Gehirns und seiner Umgebungen, — also entweder diffuse encephalitische oder meningitische oder osteale Processe, oder Veränderungen in der Intima der Gefässe, oder heerdförmige Gummata, Syphilome und dergl. Zu Geisteskrankheit führen alle diese Dinge jedoch erst dann, wenn direkt oder indirekt die Rinde mitbetheiligt ist.

Symptome und Verlauf. Meist entwickelt sich das Leiden allmälig unter Vorantritt der körperlichen Symptome der Hirnlues. Die Kranken bekommen Kopfweh, Schwindel, apoplektische Anfälle mit Paresen, die sich jedoch rasch wieder verlieren, oder Monoplegieen. Dazu treten geistige Verstimmung, gemüthliche Reizbarkeit und gewisse psychische Ausfallserscheinungen. Das Gedächtniss leidet, Erinnerungsdefekte machen sich bemerklich, die Leistungsfähigkeit verringert sich.

Auf dieses Vorläuferstadium folgt entweder ein Anfall hallucinatorischer Verworrenheit mit heftigen Angstaffekten und Tobsucht, oder ein schwerer apoplektischer Anfall. Nach beiden Eventualitäten

entwickelt sich alsdann der Uebergang in Blödsinn, entweder direkt, oder nach einem längeren Stadium paralytischen Grössenwahnes, mit Intelligenzschwäche und unter wiederholten motorischen Störungen.

Der Ausgang ist meist in den Tod durch gehäufte apoplektische Anfälle im comatösen Zustande, oder durch fortschreitenden Marasmus. Doch kann auch, wenn das Leiden rechtzeitig einer antisyphilitischen Behandlung unterzogen wird, Genesung oder mindestens Stillstand erzielt werden.

Die Dauer beträgt Monate bis Jahre.

Unterscheidende Diagnose. Das luetische Irresein ähnelt in sehr vielen Stücken der Paralyse und ist auch schon aus dem Grunde nicht immer leicht von ihr zu unterscheiden, weil ihm pathognomonische Zeichen abgehen.

Nicht zu unterschätzen ist natürlich die Anamnese. Doch darf man hier nicht in den Irrthum verfallen, einen Paralytiker oder sonstigen Geisteskranken deswegen als an Gehirnlues leidend anzusehen, weil eine früher stattgehabte Infektion nachzuweisen ist.

Als Unterscheidungsmerkmale dürfen gelten:

a) Der rasche Wechsel der Erscheinungen.
b) Das Ueberwiegen von Hirnnervenlähmungen.
c) Die grosse Mannigfaltigkeit der Lähmungen. Dieselben sind theils rasch vorübergehende monoplegische oder länger andauernde und ausgebreitete.
d) Der dem Umfange nach theilweise, virtuell aber gänzliche Ausfall mancher Fertigkeiten, z. B. eine fremde Sprache zu sprechen, Clavier zu spielen.
e) Das gleichzeitige Auftreten von Ausfallserscheinungen in anatomisch getrennten Gebieten, z. B. linksseitige Hemiplegieen mit Aphasie, oder kreuzweise Parese des rechten Schenkels und des linken Armes.
f) Das rasche Schwinden von selbst sehr gefahrdrohenden Symptomen. Schweres Koma wechselt innerhalb einiger Stunden mit verhältnissmässiger Bewusstseinshelle.
g) Der verhältnissmässig rasche Verfall in Blödsinn.

E. Das traumatische Irresein.

Das traumatische Irresein ist ein durch Verletzung des Kopfes, beziehentlich des Gehirns verursachtes Irresein.

Anatomische Grundlagen. Dieselben sind entweder encephalitische Heerderkrankungen, namentlich Abscesse, oder diffuse Hirnhauthyperämien und Entzündungen. Mitunter handelt es sich um anhaltende fluxionäre Wallungen durch Gehirnerschütterung.

Das Bild des traumatischen Irreseins gestaltet sich verschieden, je nachdem die Psychose sofort oder erst längere Zeit nach der Verletzung eintritt, und ferner, je nachdem diffuse oder Heerdsymptome vorherrschen. Danach kann man bezüglich der Entstehung eine akute und eine chronische Form unterscheiden.

1. Das akute traumatische Irresein.

Symptome. Schliesst sich das Irresein sofort an die Verletzung an, so pflegen diffuse Symptome vorzuherrschen und Bewusstseinsstörungen im Vordergrunde zu stehen. Der Verletzte ist schwer benommen, klagt über heftiges Kopfweh, Schwindel und Unfähigkeit, seine Gedanken zu sammeln. Bald treten auch Hallucinationen mit Angstgefühlen auf.

Die körperlichen Begleiterscheinungen bestehen in Verengerung der Pupillen, sowie motorischen und sensiblen Störungen der verschiedensten Art.

Verlauf und Ausgänge. Das Leiden kann mit Genesung enden. Häufiger aber ist der Verfall in unheilbares Siechthum mit vorherrschender geistiger Schwäche, und unter Erscheinungen, die auf chronische Entzündung der Hirnhäute deuten, namentlich Druck- und Reizsymptome.

2. Das chronische traumatische Irresein.

Symptome und Verlauf. Das chronische traumatische Irresein schliesst sich nicht direkt an die Verletzung an, sondern erst nach einem Uebergangsstadium von Gehirnreizung, welches sich durch Kopfcongestionen, erhöhte Reizbarkeit für Sinneseindrücke und leichtere Bewusstseinsstörungen kennzeichnet.

Letztere erstrecken sich mitunter auch zugleich auf das ethische Gebiet. Nicht bloss das feinere Gefühl für das Schickliche geht verloren, sondern der Kranke ergeht sich auch in Excessen, zeigt Neigung zur Vagabondage und begeht selbst criminelle Handlungen. Hiermit ist dem Leiden zugleich der Charakter psychischer Störung aufgedrückt. — Aber auch da, wo solche Vorboten fehlen, oder sich wieder verloren haben, treten oft erst viel später, ein bis zwei Jahre nach der Verletzung, die deutlichen Zeichen einer idiopathischen Gehirnkrankheit auf. Offenbar hängt dies damit zusammen, dass die langsam sich entwickelnden krankhaften Processe, z. B. Abscesse der Marksubstanz, so lange latent bleiben, bis sie die Rinde erreicht haben und diese, sowie die Meningen, in Mitleidenschaft ziehen.

Traumatische Psychosen, deren pathologisch-anatomische Grundlage sich in dieser Weise langsam vorbereitet und entwickelt hat, können unter den Erscheinungen furibunden Deliriums akut verlaufen. Häufiger aber ist der Verlauf chronisch. Es pflegen alsdann zu den

charakteristischen Bewusstseinsstörungen noch periodische Hallucinationen mit Tobsucht hinzu zu treten. Oder die allen idiopathischen Gehirnkrankheiten eigene Neigung zu rascher Verblödung macht sich direkt ohne solche Zwischenglieder geltend. Oder endlich es bildet sich wirkliches epileptisches Irresein mit allen Attributen desselben, klassischen Anfällen, prä- oder postepileptischem Stupor oder Verworrenheit, sinnloser Wuth u. dergl. aus.

Unterscheidende Diagnose. Die Anamnese wird in den meisten Fällen den richtigen Weg führen. Nur darf man auch hier die Thatsache einer wirklich vor kurz oder lang stattgehabten Verletzung nicht als genügendes diagnostisches Merkmal ansehen, sondern muss nach den klinischen Zeichen suchen.

Als solche gelten im Allgemeinen die geschilderten Symptome einer schweren idiopathischen Psychose, unter denen die Congestionserscheinungen und Bewusstseinsstörungen sammt der Neigung zu rascher Verblödung den ersten Platz einnehmen.

Das traumatische Irresein hat manche Aehnlichkeit mit der Paralyse aufzuweisen, und zwar mit der reinen dementen Form derselben. Ein Unterscheidungszeichen kann man mitunter in Zuckungen der Gesichtsmuskeln finden, die viel häufiger bei dem traumatischen idiopathischen Gehirnleiden, als in der Paralyse sich finden.

Anhang.

Die Railway-spine. Unter Railway-spine versteht man ein unter psychischen, sensiblen und motorischen Störungen verlaufendes Leiden, welches durch mechanische Erschütterung des Centralnervensystems und psychischen Shok, jedoch ohne bemerkbare äussere Verletzung des Schädels, verursacht worden ist.

Entstehungsgeschichte, Symptome und Verlauf. Es handelt sich jedesmal um eine mechanische Erschütterung, die in Entgleisung oder Zusammenstoss von Eisenbahnzügen oder einem Sturz auf den Kopf oder einem Stoss an denselben u. s. w. begründet ist. Von dieser Begriffsbestimmung sind jedoch diejenigen schweren Fälle, die man klinisch mit dem Namen der akuten Gehirnerschütterung (commotio cerebri) bezeichnet, ausgeschlossen. Vielmehr handelt es sich um anfänglich scheinbar leichte Fälle. Der Verletzte hat den Unfall, weil er ihm unbedeutend schien, gar nicht beachtet. Oder es ist nur eine leichte Bewusstseinsstörung eingetreten, welche nur kurze Zeit dauerte und von scheinbarem Wohlbefinden gefolgt war. Wenigstens empfindet der Verletzte nirgends einen Schmerz und geht seinen Berufsgeschäften nach. Eine grosse Schwäche und Empfindlichkeit ist aber doch zurückgeblieben, der Verletzte denkt anfänglich nur mit



Fig. 1.
Luetische Psychose im Beginn.



Fig. 2.
Derselbe im Stadium tieferen Verfalles.

Missbehagen, später aber mit Grauen und Entsetzen an den vermeintlich so leichten Unfall zurück. Hiermit sind die Symptome des psychischen Shoks gegeben, und zu ihnen gesellen sich nun noch die sonstigen Erscheinungen eines traumatischen Gehirnleidens, mit denen die einer Rückenmarkerschütterung einhergehen, hinzu. — Letztere Symptome haben die Aufmerksamkeit der Forscher zuerst auf sich gezogen, was in Verbindung mit dem Umstande, dass die häufigsten Ursachen in Eisenbahnunfällen zu suchen sind, dem von englischen Aerzten zuerst studirten Leiden seinen Namen gegeben hat.

Die Railway-spine-Psychose ist hauptsächlich durch zwei Merkmale charakterisirt, nämlich durch Angstaffekte und melancholisch-hypochondrische Verstimmung.

Die Angstaffekte hängen nicht unmittelbar mit der hypochondrisch-melancholischen Verstimmung zusammen, sondern treten unabhängig davon als selbstständige nervöse Symptome auf. Der Kranke unterliegt plötzlichen Anfällen von Präcordialangst, wobei er Zeichen von Kopfcongestionen aufweist und eine ängstliche verworrene Miene zeigt. Die Pupillen sind erweitert und die Pulsfrequenz ist gestiegen. Mitunter stellen die Angstanfälle nur Steigerungen von Erwartungsaffekten vor, die sich besonders dann einstellen, wenn der Kranke selbst irgend eine Handlung vornehmen soll.

Die hypochondrisch-melancholische Verstimmung findet ihren Ausdruck in allgemeiner Muth- und Rathlosigkeit. Der Kranke ist überzeugt davon, dass er unheilbaren Schaden davongetragen, dass er nicht mehr genesen könne und ein verlorener Mann sei. Mit ängstlicher Beflissenheit beobachtet er sein Befinden und spürt jeder ungewohnten Empfindung nach.

Die Intelligenz pflegt in ihrem Bestande nicht gerade beeinträchtigt zu sein. Doch befindet sie sich in einem Zustande der Gebundenheit. Der Kranke ist zerstreut, in Folge dessen vergesslich und nicht im Stande, über seine Verstandskräfte frei zu verfügen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind theils vom Gehirn, theils vom Rückenmark ausgehende, theils vasomotorischer Natur. Es sind zu nennen:

a) Allgemeine nervöse Symptome. Ohnmachtsanfälle, Schwindel, Kopfschmerz, Zittern, Schlaflosigkeit oder gestörter Schlaf mit wüsten Träumen.

b) Sensible Störungen. Schmerzen, besonders im Rückgrat, die durch Berührungen und Bewegung gesteigert werden, ferner Parästhesieen, Anästhesieen und Analgesieen, Verlangsamung der sensiblen Leitung, Verminderung der Hautreflexe bei erhöhten Sehnenreflexen.

c) Motorische Störungen. Schwächung der motorischen Kraft, Verringerung der Bewegungsenergie, schwankender Gang, Lähmungen entweder in der Form der Paralysis agitans oder als halbseitige Parese oder als Lähmungen einzelner Hirnnerven auftretend. Die Sprache ist schleppend und leise geworden.

d) Sensorische Störungen. Taubheit, Anosmie, Beschränkung des excentrischen Sehens kommen vor.

e) Vasomotorische Störungen. Herzschwäche, schwacher beschleunigter Puls, rascher Farbenwechsel und pathologisches Erröthen, mitunter perfuse Schweisse. Der Geschlechtstrieb ist verringert. Die Ernährung scheint nicht gestört.

Unterscheidende Diagnose. Es kann nur Simulation in Frage kommen. Man suche deshalb nach Zeichen, die nicht simulirt werden können. Solche sind die verminderten Reflexe, namentlich der Cremasterenreflex, ferner die Analgesie, die vasomotorischen Störungen und die Sehbeschränkung, welche leicht durch genaue perimetrische Untersuchung festzustellen ist.

Das mit Railway-spine verbundene Irresein ist im Grunde nichts Anderes, als eine andere Form des traumatischen Irreseins, mit dem gemeinsam es auch mit dem Namen „Unfallsirresein“ belegt werden kann.

F. Das Irresein bei der multiplen Sklerose.

Die pathologisch-anatomische Grundlage ist die der multiplen Sklerose überhaupt, nämlich grössere oder kleinere abgegrenzte graue oder graurothe Heerde, die in der grauen und weissen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks mehr oder minder zahlreich zerstreut liegen.

Zum Irresein führen sie nur, wenn die Rinde direkt oder durch diffuse Entzündungsprocesse indirekt betheiligt ist.

Symptome und Verlauf. Wie alle idiopathischen Gehirnleiden zeigt auch die multiple Sklerose Neigung zu rascher Verblödung. Kopfweh, Schwindel, zeitweises Schwinden des Bewusstseins geht auch hier der eigentlichen Psychose voraus. Die Kranken werden immer schlaffer, theilnahmsloser und blöder in ihrem Verhalten. Letzterem entspricht der Ausdruck der Gesichtszüge, welche unklar, verschwommen und nichtssagend werden. Der Blick ist trübe und gedrückt, die Sprache langsam und schleppend. Nicht selten tritt als Ausdruck direkter Facialis-Trigeminusreizung Grimmassiren ein. Die Kranken

verziehen ohne psychische Nöthigung das Gesicht zum Lachen oder Weinen, sind sich dessen wohl bewusst, können aber dem organischen Zwange nicht widerstehen.

Wenn auch meist, so doch nicht immer, schliesst sich an die Vorboten sofort die Verblödung an. Mitunter geht aber noch eine Periode maniakalischen oder melancholischen Affektes mit verworrenen Tobsuchtszuständen vorher. Ein nie fehlendes Symptom in dem ferneren Verlaufe sind schon frühzeitig auftretende apoplectiforme Anfälle. Der Kranke erleidet eine halbseitige Lähmung mit tiefem Koma, wobei die Temperatur rasch bis auf 39°—40° ansteigt. Eben so rasch verlieren sich die Symptome nach einigen Tagen wieder. Jedoch ist eine grössere motorische und psychische Schwäche, als sie vorher bestanden, zurückgeblieben. Ist der Anfall heftig, so kann der Kranke demselben unterliegen. Sonst pflegen sie sich mehrmals zu wiederholen und den Kranken immer schwächer zurück zu lassen, bis er schliesslich marastisch zu Grunde geht.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind die bekannten der multiplen Sklerose. Es gehören dazu, neben paretischer Schlaffheit, abnorme Starrheit und Steifigkeit der Glieder, gesteigerte Sehnenreflexe, Sensibilitätsstörungen, verschiedene Störungen des Gesichtssinnes, namentlich Doppeltsehen und Nystagmus, Amblyopie und Sehnervenentzündungen, vor Allem aber das charakteristische pathognomonische Zittern der Glieder, welches bei der Ausführung gewollter Bewegung eintritt. (Intentionszittern.)

Aehnlich wie bei multipler Sklerose verhält sich das Irresein bei Cysticerken und Echinokokken des Gehirns, immer jedoch unter der Voraussetzung, dass die Rinde in Mitleidenschaft gezogen ist.

Das Gleiche ist der Fall bei der Form der Verblödung, die nach wiederholten Apoplexieen in Folge von Gefässatherose beobachtet wird.

Die Dauer des Leidens kann viele Jahre betragen.

Der Ausgang ist stets in den Tod.

Unterscheidende Diagnose. Die Diagnose ist hauptsächlich aus den körperlichen Erscheinungen zu stellen und jedesmal leicht, sobald neben den Gehirnsymptomen auch die vom Rückenmark ausgehenden vertreten sind, namentlich aber, wenn, wie dies fast stets der Fall ist, das charakteristische Intentionszittern vorhanden ist. Ist dies nicht der Fall, so kann man über die pathologisch-anatomische Grundlage des Leidens, welches seinerseits sich stets als ein schweres idiopathisches Gehirnleiden darstellt, im Unklaren bleiben. Namentlich kann es mit gewöhnlichen Heerderkrankungen, mit Bulbärparalyse,

mit Paralysis agitans u. s. w. verwechselt werden, worüber die betreffenden Lehrbücher nähere Auskunft geben. — Die apoplektiformen Anfälle sind von wirklichen Apoplexieen mit Blutaustritt dadurch unterschieden, dass sie stets mit, letztere aber ohne Temperaturerhöhung verlaufen.

G. Das Irresein bei Neubildungen im Gehirn.

Neubildungen (Tumoren) verlaufen ebenso wie encephalitische Heerde, meist ohne wesentliche Betheiligung der Psyche. Solche tritt vielmehr erst ein, sobald die Rinde, beziehungsweise des Vorderhirns, entweder direkt oder durch Vermittelung der Hirnhäute, oder auch der Stabkranzleitung indirekt mitergriffen wird.

Symptome und Verlauf. Auch hier trägt das Irresein das gemeinsame Merkmal einer schweren idiopathischen Gehirnerkrankung. Benommenheit, Verkennung der Umgebung und Theilnahmlosigkeit beherrschen die Lage. Liegt gleichzeitig Druckamaurose vor, so erfahren diese Zustände noch eine beträchtliche Steigerung. Bei direkter Reizung der Sinnescentren treten Hallucinationen, besonders solche des Gesichts, hinzu, und die Folge ist alsdann zeitweise verworrene Aufregung. Bemerkenswerth ist die Verschiedenheit der Stimmung bei Kranken mit Hirntumoren. Manche Kranke sind finsteren Gemüths, leicht gereizt, zornig aufgeregt. Andere dagegen in sorgloser Euphorie befangen, heiter und leicht maniakalisch angeregt. Die tiefe Verkennung der Lage jedoch ist Beiden gemein.

31. Krankenvorstellung. Luetisches Irresein. (Tafel 25, Fig. 1 u. 2.) a. Der Kranke, ein 30jähriger Geschäftsmann, hat vor einigen Jahren an Lues gelitten und verschiedene Kuren dagegen durchgemacht. Jetzt ist er seit einigen Monaten geisteskrank. Gedächtniss und Intelligenz haben gelitten und Anfälle tobsüchtiger Erregung machten seine Unterbringung in die Anstalt nothwendig. Der Kranke ist ziemlich gut genährt. Ausser geringer und schmerzloser Anschwellung der Nacken- und Cubitaldrüsen sind Zeichen, die auf noch vorhandene Lues deuten, nicht aufzufinden. Der Kranke klagt stark über rechtsseitigen Supraorbitalkopfschmerz. Schmerzpunkte sind anscheinend vorhanden, mitunter treten tonisch-klonische Muskelzuckungen in der rechten Orbitalgegend auf. Der Kranke ist lärmend und aufgeregt, aber über Ort und Umgebung orientirt. Grössenideen fehlen.

b. Ein Vierteljahr später. Starker Kopfschmerz ist zeitweise immer noch vorhanden. Die Muskelzuckungen haben aufgehört, dafür ist Oculomotoriuslähmung und Schielen nach Aussen eingetreten. Muskelparesen sind auch jetzt noch nicht deutlich nachzuweisen. Doch lässt die Intelligenz immer mehr nach. Der Kranke vergisst oft mitten im Satze, was er sagen will, und auch der Sinn für das Schickliche hat Schiffbruch gelitten. Die Stimmung ist

meist schwachsinnig heiter, seltener gering aufgeregt. Sinnestäuschungen können nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden.

Die Diagnose des luetischen Irreseins ist hier nur mit Wahrscheinlichkeit zu stellen. Doch sprechen folgende Umstände dafür: Die Anamnese und die Anschwellung der Nacken- und Cubitaldrüsen leiten auf die Spur. Die Reizungs- und später monoplegischen Zustände im Gebiete des rechten Oculomotorius sind sehr wichtige Zeichen Der rasche Uebergang in Verblödung spricht für ein idiopathisches Gehirnleiden. Von der Paralyse aber unterscheidet sich das Leiden hauptsächlich durch das Fehlen eigentlicher Muskelparesen und der Grössenideen.

32. Krankenvorstellung. Irresein bei multipler Sklerose. (Taf. 22, Fig. 2.) Der Kranke, ein 43jähriger fleissiger Geschäftsmann, eifriger Turner und wegen seiner grossen Körperkräfte bekannt. erkrankte vor etwa einem Jahre an grosser Reizbarkeit und Unruhe, die, wie es scheint, durch Hallucinationen hervorgerufen und unterhalten wurde. Er glaubte, dass die Mitarbeiter auf ihn stichelten und ihm Scheltworte zuriefen. Dazu gesellten sich bald Wahnideen, bestohlen und hintergangen zu werden. Die Socialdemokraten hätten es auf ihn abgesehen u. dergl. Ungefähr zur selben Zeit wurde auch ein eigenthümliches Zittern des Kopfes, den der Kranke nicht ruhig halten konnte, bemerkt.

Was jetzt zunächst an dem Kranken auffällt, ist die fahle gelbliche Farbe und der starre maskenhafte Gesichtsausdruck. Der Kopf befindet sich dabei in fast fortwährender seitwärts oscillirender Bewegung, namentlich wenn der Kranke zu sprechen anfängt, auch die Hände zeigen starkes Intentionszittern. Die Extremitäten zeigen Neigung zu kataleptischer Starre, sind aber schlaff und die Bewegungen energielos. Auch sind die Sehnenreflexe gesteigert, die Sensibilität aber herabgesetzt. Die Stimmung hält sich in den Grenzen des melancholischen Affektes mit Lebensüberdruss. Verschiedene auffallende Handlungen, z. B., dass der Kranke Nachts plötzlich aufsteht und fortzugehen verlangt, auch äusserlich ganz unmotivirte Zornesausbrüche, sind theils auf Hallucinationen, theils auf Anfälle von Präcordialangst, theils auf Umnebelung des Bewusstseins zurückzuführen. Krankheitseinsicht fehlt ganz und gar. Der Kranke behauptet, gesund zu sein und wieder arbeiten zu können.

24. Krankenskizze. Luetisches Irresein. Tod. Der Kranke, ein 46jähriger Handwerker, hat vor Jahren an Syphilis gelitten und sich verschiedenen Kuren dagegen unterzogen. Drei Jahre nach dem Verschwinden der letzten manifesten Symptome trat Geisteskrankheit auf, die sich namentlich auf dem Gebiete der Intelligenz abspielte. Das Gedächtniss, namentlich für jüngst vergangene Dinge, zeigte sich sehr geschwächt, dem Geschäfte konnte er nicht mehr vorstehen und gerieth nunmehr in eine müssiggängerische und wüste Lebensweise. Mitunter traten auch leichte Schwindelanfälle und Kopfschmerzen ein. Der Kranke klagte dann

über ein Gefühl, als ob ein eiserner Reifen um die Stirne gelegt sei.

Bei der Aufnahme in die Anstalt zeigte sich der Kranke als ein grosser, kräftig gebauter Mann, an dem die physikalische Untersuchung nichts Abnormes nachweist. Als Spuren der überstandenen Syphilis zeigen sich oberflächliche, aber ausgedehnte livid gefärbte Hautnarben an Armen und Unterschenkeln. Cervical- und Cubitaldrüsen sind geschwellt. — Der Kranke befindet sich in heiter-euphoristischer Stimmung Er sei ganz gesund und wisse nicht, weshalb er in die Anstalt gebracht sei, übrigens sei er ganz damit einverstanden und wolle gern bleiben, da es hier ja ganz famos sei. Dies hindert nicht, dass er schon am andern Tage über alles Mögliche schimpft, das Essen sei schlecht, die Bedienung miserabel, für seinen Zustand geschehe auch nicht das Rechte denn „geschmiert“ habe er schon xmal u. s. w.

Es ist bemerkenswerth, dass er das Alles nicht in zornig erregter Weise, sondern in scherzhaftem Tone, als sei ihm im Grunde Alles gleichgültig, vorbringt. Die Intelligenz steht sehr tief, das Gedächtniss hat den Kranken, wenigstens für die jüngsten Erlebnisse, fast ganz verlassen. Er bleibt oft mitten im Satze stecken, weil er den Anfang seiner Rede vergessen hat. Zur stehenden Klage wird, dass er Nichts zu essen bekommen habe, weil ihm das Sättigungsgefühl abgeht und er es ausserdem schon unmittelbar nach dem Essen wieder vergessen hat.

Die Verdauung war ziemlich gut, mitunter trat jedoch Erbrechen ein. Paresen und Monoplegieen wurden anfänglich nicht festgestellt. Erst im Laufe der Zeit stellten sich um Lippen und Mundwinkel paretische Erscheinungen ein. Ob Sensibilitätsstörungen vorliegen, liess sich bei dem Tiefstande der Intelligenz schwer feststellen. Analgesie schien vorhanden zu sein, wenigstens reagirte der Kranke auf eingestochene Nadeln nur wenig. Trotz Schmierkur und Jodkali verschlechterte sich der Zustand und rascher Verfall trat ein. Schon vier Wochen nach der Aufnahme lallt der Kranke nur noch, ist stark abgemagert, zeigt Blasenlähmung und brandiges Aufliegen. Die Besinnlichkeit ist ganz geschwunden. Unter faselndem Delir, Zupfen an der Bettdecke, erfolgt sechs Wochen nach der Aufnahme der Tod. — Die Sektion ergab an der untern Fläche des Gehirns eine wallnussgrosse Geschwulst von grau-gelblicher Farbe und körnig-weicher Beschaffenheit, die den Raum zwischen dem Chiasma nervorum opticorum und der Brücke ausfüllte und sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein zerfallendes Gumma erwies. Ausserdem fand sich Lepto-

meningitis, Schwund der grauen Rindensubstanz und Erweiterung der mit serösem Inhalt gefüllten Seitenventrikel.

25. Krankenskizze. Irrsinn in Folge von Cysticerken des Gehirns. Ein vierzigjähriger Arbeiter, nüchtern und fleissig, erkrankte an heftigem Kopfweh und Schwindelanfällen. Er wurde reizbar und zornmüthig, und nach etwa einem Jahre hatte sich das Leiden zur Manie gesteigert. Der Kranke wurde vielgeschäftig, kaufte viel und über seine Verhältnisse, beging Verkehrtheiten, z. B., dass er sein Haus grün und die Thüren darin schwarz anmalte u. dergl. — Bei der Aufnahme in die Anstalt erwies sich der Kranke als ein Mann von hohem Wuchs und leidlich guter Ernährung. Der Gang ist nicht ataktisch, doch zeigt sich leichtes Muskelzittern und Anstossen mit der Sprache. Auffallend sind die plumpen geistlosen Gesichtszüge, die, mit einer Photographie aus gesunden Zeiten verglichen, die inzwischen eingetretene Verblödung erkennen lassen. — Der Kranke ist sehr laut, geschwätzig, rechthaberisch und fortwährend in Bewegung. Bald redet er, wie ein Redner die Hand auf den Tisch gestützt, stockend und stolpernd daher, bald fährt er mit der Hand auf dem Tische herum oder macht sich mit den Gardinenschnuren zu schaffen. Nicht lange — und die Unruhe artet in Tobsucht aus. Sein Bewusstsein schwindet dabei immer mehr, so dass er an beliebigen Orten seine Bedürfnisse verrichtet und mit Koth schmiert. Die Stimmung wird wechselnd, der Kranke weint jetzt oft, ohne doch sagen zu können, warum. In ruhigeren Zeiten delirirt er in confusen und schwachsinnigen Grössenideen. Er will einen Hundewagen machen mit Sprungfedern darunter, dann sei es eine Chaise und die soll von Gold sein und der Hund solle ein goldenes Halsband haben, und dann, sich allmälig zu Höherem steigernd, spanne er einen Pony und einen Braunen davor. Oder er lässt unaufhörlich die Bettdecke durch die Finger laufen und zählt dabei ab, wie wenn er Stückgüter überzählte: „Eins, zwei, drei u. s. w.“

Einige Wochen nach der Aufnahme stellten sich heftige Durchfälle ein, die trotz aller angewandten Mittel nur wenig in Schranken gehalten werden konnten und der Kranke verfiel immer mehr. Bemerkenswerther Weise traten jetzt mitunter lichte Zwischenräume ein, wo der Schleier sich hob und auch die Intelligenz von dem auf ihr lastenden Druck befreit wurde. Der Kranke sprach dann verständig, beklagte sein Geschick, wünschte seine Familie zu sehen, — kurz benahm sich, wie ein Gesunder. Lange freilich dauerten diese Lichtblicke nicht, meist schon nach 1 — 2 Stunden hatten sich die Nebel wieder verdichtet. Neun

Wochen nach der Aufnahme und etwa $1^{1}/_{2}$ Jahre nach dem Auftreten der ersten Krankheitsmerkmale trat unter den Erscheinungen des Lungenoedems der Tod ein.

Die Sektion ergab zahlreiche Cysticerken (cysticercus cellulosae) im Gehirn. Sie fanden sich: im rechten Centrum Vieussenii nahe dem Seitenventrikel, — in der grauen Substanz des linken mittlern Lappens, an der Oberfläche, direkt von der Pia bedeckt, hier besonders zahlreich, — verstreut auch in den übrigen Rindenparthieen des Grosshirns. Ausserdem fand sich Leptomeningitis, verdeckte infiltrirte Pia, die Seitenventrikel mit Serum gefüllt und etwas erweitert. Atrophie der Rinde wurde nicht gefunden.

Einundzwanzigstes Kapitel.

V. Angeborene oder in frühester Kindheit erworbene Entwickelungshemmungen des Gehirns mit geistigen Störungen.

A. Der Idiotismus und Cretinismus.

Unter Idiotismus (Idiotie) versteht man eine durch gehemmtes Gehirnwachsthum in frühester Kindheit, beziehungsweise dem Fötalleben erworbene oder angeborene Entwickelungshemmung der geistigen Thätigkeiten.

Als Ursachen, welche während des Fötallebens einwirken, sind mechanische Verletzungen der Mutter, beziehungsweise der Frucht, zu bezeichnen, ferner solche Krankheiten der Mutter, welche die normale Entwickelung der Frucht gestört haben. Unter solchen Umständen ist der Idiotismus also angeboren, braucht aber nicht nothwendig unter die Kategorie der ererbten Krankheiten zu fallen.

Nach der Geburt wird Idiotismus ebenfalls erworben durch Schädlichkeiten, welche Schädel und Gehirn treffen, in erster Reihe also durch mechanische Verletzungen. Alsdann sind Entzündungen des Gehirns und der Gehirnhäute, wie sie namentlich im Gefolge akuter Infektionskrankheiten, z. B. des Scharlach, der Masern u. s. w. auftreten, zu nennen. Schlechte Gesammternährung, Vergiftungen durch Missbrauch von Opiaten und Spirituosen, letztere entweder direkt oder durch Vermittelung der Mutter- und Ammenmilch eingeführt, dürfen gleichfalls als ursächliche Momente betrachtet werden.

Gehemmte Gehirnentwickelung geht mit gehemmtem Schädelwachsthum Hand in Hand. Entweder ist dann das Gehirn das primär erkrankte Organ und das Schädelwachsthum bleibt in Folge der gehemmten Gehirnentwickelung zurück, oder die Krankheit be-

ginnt umgekehrt mit zu früher Verknöcherung der Schädelnäthe, in Folge deren das Gehirn keinen genügenden Raum zu seiner Entwickelung findet.

Folgende zwei Haupttypen der Wachsthumshemmung des Schädels, beziehungsweise des Gehirns, sind zu unterscheiden:

1. Die Mikrocephalie.

a) Die Wachsthumshemmung ist eine nahezu gleichmässige. Alle Durchmesser sind verkleinert, die Gestalt des Schädels an sich ist im Uebrigen aber proportionirt.

b) Die Wachsthumshemmung ist ungleichmässig. Die Näthe des Schädeldaches verknöchern zu frühzeitig, während die Schädelgrundfläche frei bleibt. Hier sind bei anscheinend regelrechter Entwickelung der letzteren und des Hinterhauptes die mittleren, seitlichen und vorderen Parthieen verkümmert. Die Stirn fliegt zurück und die Nasenwurzel liegt zu hoch, sodass die Stirn gerade in die Nase übergeht. Dieser physiognomisch sehr charakteristische Typus wird der Vogel- oder Aztekentypus genannt.

2. Die Makrocephalie. Die Wachsthumshemmung ist hier meist gleichfalls eine partielle, und zwar betrifft die frühzeitige Verknöcherung die Schädelbasis, während die Schädeldecke frei bleibt. Hieraus entsteht ein dem mikrocephalen, beziehungsweise dem Aztekentypus ganz entgegengesetztes physiognomisches Bild, nämlich breites Schädeldach mit auseinanderliegenden Augen, vorgeschobenen Gesichtstheilen, namentlich Nase, Jochbein und Kiefern, tiefe und breite Nasenwurzel. Hydrocephalische Ergüsse in den Seitenventrikeln sind eine selten fehlende Begleiterscheinung des makrocephalen Typus. Der Kopf zeigt oft eine monströse Vergrösserung (Wasserkopf) und kann nicht mehr aufrecht getragen werden, so dass er hintenübersinkt.

Mit den Entwickelungshemmungen des Schädels pflegen auch solche des übrigen Körpers einherzugehen. Meist trifft man gehemmtes Wachsthum des Skeletts, Kleinheit, zwerghaften, verkrüppelten Wuchs. Dazu gesellen sich Erscheinungen an verschiedenen Organen, die gleichfalls direkt auf mangelnde Entwickelung der den letzteren entsprechenden Gehirntheile zurückzuführen sind, nämlich Verkümmerung der Sinnesorgane, Blindheit, Schwerhörigkeit, Taubheit, mangelnder Geruch und Geschmack, Anästhesieen und Analgesieen, ferner Krämpfe, choreatisch-automatische Bewegungen, Lähmungen der willkürlichen Muskelparthieen und der Sphincteren, Strabismus u. s. w.

Die Thätigkeit der vegetativen Organe liegt gleichfalls häufig darnieder, Stoffwechsel und -Anbildung gehen träge vor sich, die sexuellen Funktionen sind unentwickelt.

Häufig findet sich Kropf. Makrocephaler Typus in Verbindung mit Kropf, als endemisches Leiden in gewissen Gegenden der Schweiz und Savoyens vorkommend, ist das charakteristische Merkmal des Kretinismus. Ein Kretin ist also jedesmal ein Idiot, ein Idiot braucht aber nicht zugleich ein Kretin zu sein.

Auch ohne dass jedesmal ein ausgesprochener mikro- oder makrocephaler Typus vorzuliegen braucht, finden sich bei organisch (erblich oder angeboren) belasteten Individuen zahlreiche trophische Abweichungen', die man Degenerationszeichen nennt. Es gehören dazu Asymmetrie des Schädels, Schiefstehen der Zähne, der Nase, der Augenhöhlen, Hasenscharte und Wolfsrachen, überhaupt Missbildungen des Gaumens, — ferner Verkümmerung und Missbildung der Ohren, namentlich Fehlen des Ohrläppchens, — Blindheit, Albinismus und andere Augendefekte — Verkrüppelung von Gliedmassen, namentlich häufig Klumpfuss und Klumphand, — Verkümmerung der Geschlechtstheile, zu kleiner Penis, Epi- und Hypospadie, Anorchie oder Kryptorchie, Fehlen des Uterus oder der Vagina, — endlich auch Hermaphroditismus u. s. w.

Es liegt auf der Hand, dass keines dieser Degenerationszeichen für sich allein eine diagnostische Bedeutung hat. Aber in zweifelhaften Fällen können sie mit zur Diagnose herangezogen werden, und namentlich ist es erlaubt, dort, wo auch psychische Symptome für das Vorhandensein einer Geisteskrankheit sprechen, durch sie den Beweis zu vervollständigen.

Auf geistigem Gebiete kennzeichnet sich die Entwickelungshemmung des Gehirns wesentlich als Verkümmerung oder gänzliches Fehlen geistiger Fähigkeiten. Man darf annehmen, dass der geistige Defekt proportional ist dem Umfange der Gehirnverkümmerung. Betrifft letztere ziemlich gleichmässig alle Theile, wie beim einfachen mikrocephalen Typus, so wird der geistige Defekt sich ebenfalls in einem gleichmässigen Darniederliegen aller Funktionen äussern. Bei partieller Verkümmerung jedoch wird sich der geistige Defekt vorzugsweise in den von diesen materiellen Unterlagen abhängigen Funktionen zeigen, wobei zugleich andere durch die Störung des Gleichgewichts stärker entwickelt sein können. Bei dem Azteken- oder Vogeltypus ist das Vorderhirn, überhaupt das Grosshirn, verkümmert, wogegen das kleine und das Mittelhirn nebst verlängertem Mark und Rückenmark gut entwickelt sind. Deshalb bieten diese Kranken neben Verödung der höheren geistigen Eigenschaften ein beträchtliches Ueberwiegen des Bewegungslebens dar. Sie sind äusserst beweglich, können nicht einen Augenblick still sitzen, huschen hier hin und dort hin und lassen sich durch Nichts auch nur kurze Zeit fesseln. In der

That gleichen sie so nicht nur durch ihre Physiognomie mit den lebhaften beweglichen Augen, sondern auch durch ihre rastlose Unruhe, Vögeln.

Bei dem makrocephalen Typus liegt umgekehrt das Sinnes- und Bewegungsleben schwer darnieder, freilich, ohne dass zugleich das höhere Geistesleben gewonnen hätte. Dass manche Idioten für gewisse Fächer, z. B. mechanische Fertigkeiten, Musik u. s. w. eine hervorragende Begabung zeigen, ist ohne Zweifel wohl auf compensirende Hypertrophie der betreffenden Hirntheile zurückzuführen.

Was den Umfang des idiotischen Defekts anbetrifft, so hat man verschiedene Grade unterschieden, doch genügt die Unterscheidung in zwei Grade, den Blödsinn und den Schwachsinn.

A. Der idiotische Blödsinn stellt auf seiner tiefsten Stufe, dem sogenannten apathischen oder torpiden Blödsinn, einen Zustand fast gänzlichen Mangels aller geistigen Thätigkeiten dar. Schon die Sinneswahrnehmungen sind unvollkommen, indem wohl Perception eintritt, die Apperception aber nur sehr unvollkommen ist. In Folge dessen bildet sich kein Vorstellungsschatz, Erinnerung, Gedächtniss, logische Verknüpfung von Vorstellungen sind nicht vorhanden. Auch die Sprache fehlt, oft schon wegen Verkümmerung der ihr dienenden Organe, meist aber, weil auch die Apperception des Gehörten fehlt.

Ebenso eingeschrumpft ist das Gefühlsleben. Schmerz und Freude werden nicht empfunden, höchstens als oberflächliches körperliches Behagen. Affekte zeigt der tiefstehende Idiot nur dann, wenn seine Person irgend eine Beeinträchtigung, namentlich sein thierisches Streben eine Behinderung erfährt. Sie pflegen sich alsdann in tobsüchtigen Wuthausbrüchen zu entladen.

Auch das motorische Leben liegt, wenigstens bei den tiefstehenden makrocephalen Idioten, oft ganz darnieder [und äussert sich vorzugsweise in automatischen Bewegungen. Gewollte Bewegungen werden nur vom Hunger, dem meist allein die Seele beherrschenden Triebe, ausgelöst. Mitunter kommt auch dieser nicht zum Bewusstsein, ebensowenig wie die spontan erfolgenden Ausleerungen. Der physiognomische Ausdruck ist, entsprechend der geistigen Leere, gleichfalls vollkommen leer und stumpf.

Von der apathisch-torpiden Form unterscheidet man die erethische Form.

Der erethisch-blödsinnige Idiot ist lebhafteren Geistes, die Sinneswahrnehmungen werden appercipirt, obgleich der Vorstellungsinhalt immer ein sehr dürftiger bleibt. Begehren und Streben, wenn auch nur auf die äusserlichsten Dinge oder auf Befriedigung des

Nahrungstriebes gerichtet, machen sich oft in stürmischer Weise Luft Der Bewegungsdrang ist sehr lebhaft.

Der diagnostische Unterschied zwischen dem apathischen und dem erethischen Blödsinn beruht also in Folgendem:

1. Im äussern Habitus und in der Physiognomie. Der apathische Blödsinn entspricht im Allgemeinen dem makrocephalen, der erethische dem Vogeltypus.

2. Im äussern Verhalten. Der apathisch Blödsinnige ist schwer beweglich, der erethisch Blödsinnige leicht beweglich.

3. In der Reaction auf äussere Eindrücke. Der apathisch Blödsinnige reagirt weniger rasch auf Eindrücke der Aussenwelt, als der erethisch Blödsinnige, nicht jedesmal deshalb, weil sein Vorstellungsvermögen weniger vermöchte, als weil die Umsetzung von Vorstellungen in Wollen und Handeln langsamer von Statten geht.

B. Der idiotische Schwachsinn zeigt natürlich die allerverschiedensten Abstufungen, von der Stufe, wo der Kranke sich noch in der Welt zu bewegen, selbst eine gewisse Rolle zu spielen weiss und dem oberflächlichen Beobachter überhaupt nichts Krankhaftes darzubieten scheint, bis zu der nahe an der Grenze des Blödsinns stehenden. Die höher stehenden Schwachsinnigen können der Diagnose oft grosse Schwierigkeiten bereiten. Bei genauerer Untersuchung aber wird man immer finden:

1. Schwäche des Intellekts, dem Kraft, Tiefe und Ausdauer abgehen. Er fasst nur die Oberfläche der Erscheinungen, tiefer gehende Combinationen aber bleiben ihm verschlossen. Einen Gedankengang beharrlich zu verfolgen und logisch auszudenken ist er nicht im Stande. Deswegen ist die Bildung stets nur oberflächlich, der Geist arm an positiven Kenntnissen. Vor Allem aber ist die Fähigkeit, Abstractionen zu bilden, verkümmert.

2. Schwäche des Charakters. Die höheren ethischen Impulse sind verkümmert. Das Gefühl der Manneswürde, der Standesehre, der Zugehörigkeit zur Menschheit, zum Vaterlande, das Pflichtgefühl, für das allgemeine Beste zu wirken, ist nicht lebendig. Der schwachsinnige Idiot ist darum stets ein vollendeter Egoist. Man darf sich hier durch angelernte Formen und Gewohnheiten nicht täuschen lassen.

3. Stimmungsanomalien. Selten ist die Stimmung eine gleichmässig ruhige. Meist ist sie vielmehr abnorm erhöht. Der Kranke ist von seinem Werthe überzeugt, zeigt Selbstüberhebung und ungeordnete Vielgeschäftigkeit. Umgekehrt sieht man auch statt des in erhöhtem Thätigkeitsdrange sich äussernden Selbstgefühles vielmehr Willens- und Energielosigkeit, welche alle Förderung nur von Aussen erwartet.

Von einem Verlauf des Idiotismus kann man, da dieser nicht sowohl eine Krankheit, als einen habituellen Zustand darstellt, nicht eigentlich sprechen. Man kann nur sagen, dass er meist rasch auf der degenerativen Bahn abwärts führt und das Leben abkürzt. Nur Kranke mit leichten Formen können ein hohes Alter erreichen, obgleich sie äusseren Reizen gegenüber nur geringe Widerstandskraft entgegen zu setzen haben und stets zu den „anfälligen" Personen gehören. Heilung ist selbstverständlich ausgeschlossen. Doch kann auch bei tiefstehenden Idioten durch Pflege und Erziehung dem weiteren Verfalle vorgebeugt und, innerhalb der Grenzen der Entwickelungsfähigkeit des Gehirns, selbst eine Bereicherung des Vorstellungsschatzes, sowie die Aneignung mechanischer Fertigkeiten, erzielt werden.

B. Das moralische Irresein (Moral insanity).

Es giebt von Haus aus, d. h. erblich oder sonstwie organisch Belastete, bei denen der Schwachsinn sich vornehmlich auf ethischem Gebiete zeigt. Im Allgemeinen also gleichen die Symptome den oben geschilderten des schwachsinnigen Idioten. Was dem Bilde aber sein eigenthümliches Gepräge verleiht, ist eben das starke Ueberwiegen des ethischen Defekts. Man hat diese Krankheitsform, welche schon Pinel als „Geistesverwirrung ohne Störung des Verstandes, bei der gleichsam nur das Willensvermögen verletzt ist", als Mania sine delirio beschreibt, nach dem Vorgange Prichard's (1835) moral insanity benannt.

Folgendes sind die auszeichnenden Symptome:

1. Moralische Gefühlsstumpfheit. Sie ist das psychische Hauptmerkmal des Leidens, aus dem alle anderen Erscheinungen zu erklären sind. Der Kranke kennt die Sittengesetze wohl, aber sie sind ihm nicht in Fleisch und Blut übergegangen, ihre Motive sind ihm fremd geblieben. Sinn und Streben sind nur auf Befriedigung materieller Bedürfnisse oder oberflächlichen Zeitvertreib gerichtet, Interessen für Höherliegendes, z. B. für das öffentliche Wohl, existiren für den Kranken nicht. Daher sein vollendeter Egoismus, seine Gleichgiltigkeit und Herzenshärte gegen fremde Leiden, sein Mangel an Liebe, ja selbst an Anhänglichkeit an seine nächsten Angehörigen und Blutsverwandte. Da ethisch-religiöse Anschauungen fehlen, kommt es auch nie zur Reue und inneren Einkehr, fremde Ermahnungen finden kein wirkliches Gehör. Als Kinder Thierquäler, verlogen und boshaft, als Jünglinge Vagabonden oder Wechselfälscher stehen sie,

falls sie nicht noch rechtzeitig als Kranke erkannt werden, zeitlebens mit den Gesetzen in Konflikt.

2. Moralische Perversitäten werden sehr oft beobachtet, namentlich auffallend im Geschlechtsleben, als Päderastie, Sodomie, Leichenschändung, Lustmord u. s. w.

3. Das Triebartige in den Handlungen. Die Kranken haben z. B. einen unüberwindlichen Trieb zum Stehlen. Sie stehlen, ohne dass es ihnen gerade Nutzen bringt oder ohne dass der zu erwartende Gewinn in irgend einem Verhältniss zu der Gefahr steht. Oder sie lügen, bloss um zu lügen. Die meisten der früher sogenannten „Monomanieen", z. B. die Stehlmanie (Kleptomanie), die Mordmonomanie, die Pyromanie u. s. w., sind nichts als Erscheinungsformen des als moral insanity sich kennzeichnenden Schwachsinnes.

4. Die affektive Reizbarkeit. Die Kranken vertragen keinen Widerspruch, noch irgend eine Hemmung ihres persönlichen Interesses und können dadurch, gerade wie der blödsinnige Idiot, zu schweren Wuthanfällen oder zu überlegten Rachehandlungen geführt werden.

Da der moralische Defekt ererbt, angeboren oder in frühester Kindheit erworben ist, so zeigen sich die ersten Spuren davon bereits im Kindesalter an Gemüthsstumpfheit, Schadenfreude, Zerstörungssucht, Thierquälerei, Diebstahl, Verlogenheit, — kurz, zusammengenommen mit Unbelehrbarkeit und Unverbesserlichkeit, am Fehlen sittlicher Anlagen. — In der Pubertätszeit und dem ihr unmittelbar folgenden Lebensalter zeigt sich die ethische Abstumpfung besonders in der Neigung zu Veruntreuungen, Unterschlagungen, Fälschungen, die nicht um dringender Noth zu steuern, sondern lediglich dem oberflächlichsten Lebensgenusse zu fröhnen, unternommen werden. — Im späteren Lebensalter tritt die moralische Verkehrtheit hauptsächlich mit Neigung zu unnatürlichen Lastern, aber auch als Geiz, Wucher, Hartherzigkeit, kurz in Allem, was den Mangel altruistischer Gefühle erweist, auf.

Auf das theilweise Unbewusste des der Handlung zu Grunde liegenden Gedankenganges, so dass ihr oft etwas dem Thäter selbst Unerklärliches anhaftet, ist schon oben (S. 37) aufmerksam gemacht worden. Der Kranke sucht zwar seine That selbst zu erklären und zu rechtfertigen, oft mit grosser Beredtsamkeit und Schlauheit. Aber es sind doch nur Scheingründe, da ihm der wahre Grund, nämlich die bereits im Unbewussten vollzogene krankhafte Motivirung, unbekannt geblieben ist.

Nach dem Vorgange französischer Irrenärzte bezeichnet man solche Irreseinsformen, bei denen Wahnideen oder krankhaft motivirte Hand-

lungen vom Kranken selbst durch Vernunftgründe ausführlich motivirt und gerechtfertigt werden, als folie raisonnante. Bezüglich der Wahnideen werden wir ihr bei der primären Paranoia (Kap. 14) wieder begegnen. Was aber kranke Handlungen anbetrifft, so finden wir sie natürlich hier beim moralischen Irresein, dem eigentlichen Handlungenwahnsinn, am häufigsten.

Wenn auch Pirel das moralische Irresein als „Geistesverwirrung ohne Störung des Verstandes" beschreibt, so darf man doch nicht glauben, dass verkehrte Handlungen das einzige Symptom des in Rede stehenden Leidens seien. Denn das hiesse jeden Verbrecher zum Kranken stempeln. Vielmehr muss man immer daran festhalten, dass wir es hier mit einem Schwächesymptom zu thun haben, das zwar am auffälligsten auf ethischem Gebiete hervortritt, aber doch auch auf andern geistigen Gebieten, vornehmlich dem Vorstellungsleben, zu beobachten ist. Solche Kranke sind überhaupt Schwächlinge, Gehirnschwächlinge, in deren Kopfe die Welt sich anders, als in gesunden Köpfen, spiegelt. Es sind Minderwerthige, wie ein heute beliebter Ausdruck lautet. Spürt man näher nach, so wird man auch häufig allerhand andere psychische Abweichungen entdecken, leichte melancholische oder maniakalische Verstimmungen, falsche Vorstellungen, die sich von Wahnideen nicht mehr unterscheiden lassen, und selbst Sinnestäuschungen mancherlei Art.

26. Krankenskizze. Idiotismus bei einem Erwachsenen. (Der Fall ist bereits in der Vierteljahrsschr. f. gerichtl Medizin veröffentlicht) Der Schlächter Carl Philipp Sch., 41 Jahre alt, zu W., wurde am 19. Septbr. 1879 wegen Verbrechens nach §§ 176, 3) und 177 des St.-Ges-B. zu 3 Jahr 9 Monaten Zuchthaus nebst 4 Jahren Ehrverlust verurtheilt. Am 20. Septbr in die Strafanstalt zu O. eingeliefert, wurde er bereits 2 Tage darauf als geisteskrank der Irrenanstalt übergeben und von hier am 7. Novbr. in seine Heimath entlassen. Die Notizen des Direktors der Strafanstalt zu den Personal-Akten enthalten folgende Angaben:

Sch. habe bei seiner Einlieferung den Eindruck eines völlig geisteskranken Menschen gemacht. Er wisse nicht, wie alt er sei, wann er geboren sei, er berufe sich auf seine Frau, die dies Alles wisse und es aufgeschrieben habe. Er gebe an, immer dumm gewesen zu sein, habe auch 2 Jahre länger in die Schule gehen müssen; er könne nicht lesen, schreiben oder rechnen Ferner wird gesagt: Sch. habe in der Nacht heftige Krämpfe gehabt und habe dabei so geschrieen, dass die Ruhe im Flügel gestört worden Die Krämpfe haben 2 Stunden angehalten. Beim Hinführen nach dem Spazierhofe und der Kirche habe Sch. jeden Augenblick von den Aufsehern

zurechtgewiesen werden müssen, da er nicht im Stande gewesen sei, seinem Vordermann zu folgen. Nach der Rückkehr aus der Kirche habe Sch. den Aufseher gefragt, wo er gewesen sei, Letzterer habe den Eindruck erhalten, als habe Sch. offenbar nicht gewusst, wo er gewesen. In der folgenden Nacht habe Sch. keine so heftigen Krämpfe gehabt, wie in der Nacht vorher (also doch welche?), aber eine ganze Zeit leise gewimmert. Am andern Morgen sei er so confus gewesen, dass er sein Zeug nicht habe finden können. Sch. klagte viel über Kopfschmerzen und zupfte unausgesetzt am Kopfhaare, weil es seiner Aussage nach darauf besser werde. Er mache den Eindruck eines schwachsinnigen Menschen.

Der Bericht des stellvertretenden Gefängnissarztes Dr. D. besagt: Sch. leide (wahrscheinlich seit längerer Zeit) an einem hochgradigen psychischen Schwächezustand und sei gänzlich gleichgültig gegen seine Umgebung. „Nichts könnend und Nichts wollend“ liege er meist halb angekleidet auf seinem Lager, stundenlang automatisch an den Haaren zupfend. Es sei vollständige Energielosigkeit des Vorstellens, sehr grosse Gedächtnissschwäche und Mangel jeglicher gesunder Combinationsgabe neben einer starken Beeinträchtigung der gemüthlichen Reaktionsfähigkeit vorhanden. Von körperlichen Abnormitäten zeige Patient, ausser einer grossen Langsamkeit und Unbeholfenheit der Bewegungen, leichte krampfhafte Zuckungen in den Händen und Krampfanfälle, die schon früher bestanden haben sollen. Nach der Beschreibung des in der Nacht (in der ersten oder zweiten?) aufgetretenen Zufalles, als eines taktmässigen Schlagens mit Armen und Beinen unter lautem Heulen während zweier Stunden, scheine es sich um eine Art von Zwangsbewegungen zu handeln, wohin auch wohl das Zupfen an den Haaren zu rechnen sei.

Weitere Erhebungen sind folgende:

Der Landjäger M. berichtete am 24. Septbr. (Personalakten des Sch.): Der Vater des Sch. soll als ein sehr nüchterner und fleissiger Mann bekannt gewesen sein, auch sollen keine herrschenden Laster, wie Trunksucht etc. in der Familie vorgekommen sein. Ueber die Art der Erziehung des Sch. sei hier Nichts zu ermitteln gewesen, seine spätere Haltung in sittlich-religiöser Beziehung sei gleich Null gewesen (nicht ganz klar!); zu Ende 1860 habe er sich mit seiner Frau, damals Wittwe mit einer Tochter, verheirathet; bis vor einem Jahre habe er in sehr guten Verhältnissen, doch in fortwährendem Streit mit der etwas zanksüchtigen Frau und der heranwachsenden Stieftochter gelebt. Seit ca. 1 Jahr habe Sch. sich dem Schlächtergewerbe mehr entzogen und sich dem Trunke,

namentlich aber dem Umgange mit verrufenen Frauenspersonen ergeben Sch. sei von sehr beschränktem Verstande, nicht fähig, eine geschriebene Schrift zu lesen. Auffallendes an dem Geisteszustande des Sch. sei zwar hier nie bemerkt worden (Widerspruch gegen das Vorhergehende und das Folgende!), doch stehe auf Nachfragen bei Nachbarn zu vermuthen, dass derselbe sich stark Grübeleien hingebe und dadurch in eine Art von Melancholie verfalle.

Der Küster S. aus dem Geburtsorte des Sch. berichtet (Personalakten): Nach Aussage des früheren Lehrers habe Sch. demselben weder durch seine Aufführung, noch durch seine Befähigung Freude gemacht, sei vielmehr ein „alberner Bengel" gewesen und habe Hang gezeigt, seinen Mitschülern Kleinigkeiten zu entwenden. Hinsichtlich seiner Befähigung habe er selbst hinter dem Schwächsten zurückgestanden und mitunter den Eindruck eines Unzurechnungsfähigen gemacht.

Der Schlächter Z. (Personalakten) berichtete dem Direktor der Strafanstalt, er persönlich kenne zwar den Sch. wenig, habe aber Verschiedenes über denselben gehört, und zwar, dass er zeitweise verrückt sei.

Die Ehefrau des Sch. machte mir mündlich die Angaben: Ihr Mann sei von jeher sehr „dummerhaftig" gewesen. Lesen, schreiben, ausser nothdürftig seinen Namen, rechnen habe er nie gekonnt, das Geschäft, Einkauf und Verkauf, besorge sie, ihr Mann nur das Schlachten und Austragen. Wie viele Tage das Jahr und der Monat habe, habe er nie gewusst, das Datum kenne er gar nicht, nur die Reihenfolge der Wochentage sei ihm bekannt. Von dem, was sich schicke, was recht und unrecht, erlaubt und verboten sei, habe er nur sehr ungenügende Vorstellung. Es sei wahr, was schon in der Untersuchung zur Sprache gekommen, dass er sie um Erlaubniss zum fleischlichen Umgange mit ihrer Tochter gebeten; er habe wirklich geglaubt, wenn sie die Erlaubniss gäbe, sei Alles in Ordnnng Einmal hätten ihm seine Kameraden im Wirthshause vorgeschwatzt, er solle sich um die Hand einer Wittwe in der Nachbarschaft bewerben. Er habe dann in der That von seinen Freunden sich einen Brief an die Wittwe schreiben lassen, in dem er derselben vorschlägt, nach geschehener Verehelichung in ein von ihm gemiethetes Nebenhaus zu ziehen. Dieser Brief sei ihr (der Ehefrau) alsdann von der Wittwe übergeben worden. Ihr Mann habe aber offenbar gar nicht gewusst, dass das verboten sei.

Seine Stimmung sei nicht immer gleichmässig, mitunter sei er aufgeregter, dann trinke er viel und schwärme die Nächte umher, mitunter wieder werde er melancholisch und bräche in unmotivirtes

Weinen aus. So sei sie eines Tages mit ihm in die Stadt gegangen. Plötzlich, ohne dass die geringste Veranlassung vorgelegen habe oder er einen Grund habe anführen können, sei er am helllichten Tage an einer Strassenecke stehen geblieben und habe angefangen, bitterlich zu weinen. Aehnliche Scenen kämen nicht selten vor.

Als Knabe von 13 Jahren soll er einen schweren Fall auf den Kopf gethan haben, wovon die Narbe noch an der Stirn sichtbar sei.

Von anderer Seite (dem Voigt der Irren-Colonie) wurden mir noch verschiedene, den Schwachsinn Sch.'s bekundende Thatsachen mitgetheilt. So sei einmal auf dem Bahnhofe ein dem Sch. ganz unbekannter Mann auf ihn zugekommen und habe ihm eine mit Bindfaden umwickelte Cigarrenkiste unter der Angabe, sie sei mit der Post für Sch. angekommen und koste $1\frac{1}{2}$ Mark, übergeben. Sch habe das Geld bezahlt und dann in der Kiste eine todte Ratte gefunden. Aehnliche „Scherze“ sind häufig vorgekommen. Ein anderes Mal ist Sch. mit einem andern Schlächter Schafe einkaufen gegangen, wobei Sch. das Geld bezahlt und der Andere die Schafe erhalten habe. Ein anderes Mal haben ihm unbekannte Leute auf dem Wall das Geld aus der Tasche genommen und ihn dazu noch mit schwarzer Farbe bemalt.

Meine eigenen Wahrnehmungen ergaben folgendes Resultat:

Sch. ist von etwas mehr als mittlerer Grösse, guter Ernährung und kräftiger Muskulatur. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle erweisen sich als gesund. Appetit, Verdauung und sonstige körperliche Funktionen anscheinend in Ordnung.

Der Schädel zeigt anormale Maasse, indem die Untersuchung mit dem Tasterzirkel bei einem (normalen) Längsdurchmesser von 18 cm, einen enorm grossen Breitendurchmesser von 16 cm ($15 - 15\frac{1}{2}$ normal), mithin einen Längen - Breiten - Index von 88 (normal bis 82) ergiebt, der Schädel mithin einen makrocephalen Gesammttypus aufweist. — Die Ohren sind klein und zeigen beiderseits am äusseren Knorpelrande eine 2 cm lange, flache Einbiegung nach Innen, was in Verbindung mit dem anormalen Schädeltypus die Deutung als Degenerationszeichen zulässt. Sonstige Difformitäten (Asymmetrie und dergl.) sind nicht vorhanden. — In der Mitte der Stirn an der Grenze des Haarbodens befindet sich eine flache, $2\frac{1}{2}$ cm lange, nicht verwachsene Narbe. — Die Pupillen reagiren normal. Lähmungserscheinungen werden nicht constatirt, nur ist ein fingerlanger Mastdarmvorfall vorhanden. Die Sinnesorgane functioniren anscheinend normal, das Vorhandensein von Hallucinationen ist nicht nachzuweisen.

Krämpfe und motorische Erregungen in der Art, wie sie in dem Berichte des Gefängnissarztes erwähnt sind (taktmässiges Schlagen etc.), kamen hier nicht vor. Nur während der ersten Tage, während welcher Explorat, da er über starkes Kopfweh klagte zu Bett lag, wurde das gleichfalls erwähnte, fast unaufhörliche Zupfen an den Haaren beobachtet. Später war Explorat ausser Bett und wurde mit Aussenarbeit beschäftigt, die er auftragsgemäss verrichtete.

Die Stimmung war auch hier wechselnd, meist grosse Gleichgültigkeit und Apathie, dazwischen aber melancholische Episoden mit weinerlicher, klagebedürftiger Verstimmung und endlich wieder ausgeprägtes gemüthliches Behagen und satte Zufriedenheit

Am hervortretendsten war jedoch auch hier der überaus niedrige Stand der Intelligenz. Von erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten ist fast Nichts vorhanden. Explorat kann nur nothdürftig seinen Namen schreiben, aber sonst weder schreiben, noch lesen, noch rechnen. Er kennt die Geldstücke, weiss auch, dass 3 Mark auf einen Thaler gehen, hat aber im Uebrigen keine Idee von den vier Species. Er weiss die Reihenfolge der Wochentage, aber weder, wieviel Tage das Jahr oder der Monat, noch welches Datum wir schreiben. Die Festzeiten sind ihm ganz unbekannt, er erinnert sich wohl, von Weihnachten, Ostern und dergl. gehört zu haben, weiss aber weder, was sie bedeuten, noch wann sie liegen. Nur dass der Freimarkt „nach Michaeli“ trifft, wusste er anzugeben. Auf alle diese und ähnliche Fragen ist seine stete Antwort: „Dat weet ick nich, dat weet mine Fru, de hett Alles upschrewen.“

Auf das ihm zur Last gelegte Verbrechen gebracht, weiss er offenbar gar nicht, dass er damit etwas Unrechtes begangen hat. Er hat hinterher Unannehmlichkeiten dadurch erfahren und darum leugnet er stumpfsinnig Alles ab: „Da weet ick Nicks von, ick hebb' dat so im Koppe hatt“ etc. Ueber die Bedeutung der gegen ihn geführten Gerichtsverhandlung und seine Verurtheilung, über seine augenblickliche Lage hat er gar keine klare Vorstellung.

Das unserer Beurtheilung zu Grunde liegende Material berechtigt uns zu dem Schlusse, dass Sch. Idiot ist, und zwar ist er schwachsinnig mit Annäherung an Stumpfsinn.

Durch folgenden Symptomencomplex wird die Diagnose sichergestellt:

A. Körperliche Symptome. 1. Die Abnormität in der äusseren Gestaltung des Schädels, die Makrocephalie. Diese Abnormität ist offenbar angeboren. Zwar können auch noch im

späteren Kindesalter unter dem Einflusse von die Entwickelung des Gehirns aufhaltenden Schädlichkeiten, namentlich traumatischer Natur, Schädeldeformitäten sich ausbilden, und an sich wäre es deshalb nicht unmöglich, dass durch den Fall auf den Kopf, den Explorat als 13jähriger Knabe erlitten, ein solch hemmender Einfluss ausgeübt worden wäre. Aber einestheils fehlen für die Beurtheilung der Schwere der in Rede stehenden Verletzung jegliche Anhaltspunkte, andrerseits existiren Momente, welche das Leiden als angeboren erscheinen lassen, nämlich:

2. Die Deformität der Ohren, welche namentlich in Verbindung mit der Makrocephalie ein bei Idioten bekanntlich nicht seltenes Degenerationszeichen darstellt.

Auch wird die Annahme, dass der Schwachsinn hier angeboren, nicht später erst erworben, durch die Berichte über die mangelnden Fähigkeiten während der Schulzeit wesentlich unterstützt.

3. Durch die zwar weniger im Irrenhause, als in der Strafanstalt genügend constatirte, bei Idioten nicht seltene Erregung auf dem motorischen Gebiete (Krämpfe, Zwangsbewegungen).

B. Psychische Symptome. 4. Die niedrige Stufe der Intelligenz, wie sie unzweifelhaft aus der Geschichtserzählung hervorgeht und wofür, wenn nöthig, die Beweise sich noch massenhaft häufen lassen. Ich brauche wohl kaum hervorzuheben, dass diese tiefstehende Intelligenz nicht etwa mit mangelnder Schulbildung zu verwechseln ist. Sch. hat keine Schulbildung genossen, nicht weil es ihm an Erziehung, an Zeit und Gelegenheit, sondern weil es ihm an der dazu nöthigen Funktionsfähigkeit des Gehirns, an einem passenden Organ gefehlt hat. Sein Vorstellungs-, Urtheils- und Combinationsvermögen steht sehr tief, der Ideenkreis ist ein äusserst beschränkter, da schon die Aufnahme der Sinneseindrücke eine langsame und erschwerte ist und demgemäss auch die Ideenassociation und Reproduction träger verläuft. Aus demselben Grunde mangelhafter Reaction auf die normale Ideenassociation, sowie auf anregende und auslösende Reize, ist auch das Gedächtniss geschwächt.

5. Darum ist sein Blick auch nur auf's Nächste, auf die Befriedigung der gewöhnlichen materiellen Bedürfnisse gerichtet, und die Bildung übersinnlicher Begriffe und Urtheile ist ihm ganz unmöglich. Dies ist auch der Grund, weshalb bei Sch. die moralischen Fähigkeiten fast noch mangelhaftere Entwickelung zeigen, als die rein intellectuellen. Denn nicht nur die ethischen Begriffe höherer Ordnung, Vaterland, Familie, Gemeinwohl, Menschheitsideen etc., wenn auch in rohester Form, fehlen gänzlich, auch die ordinäre hausbackene Moral der zehn Gebote und des Strafgesetzbuches ist

dem Exploraten offenbar ganz oder grösstentheils verschlossen geblieben. Er weiss und fühlt weder, warum diese und jene Handlung mit Strafe bedroht ist und nach den allgemeinen und überall gültigen religiösen und moralischen Vorstellungen auch bedroht sein muss, sondern er kennt auch grösstentheils nicht einmal die blosse Existenz dieser Strafbestimmungen. Dass Bigamie ein Verbrechen ist, davon hat er keine Ahnung. Auf die Frage, ob er nicht wisse, dass er mit seiner, überdies unerwachsenen Tochter nicht habe fleischlichen Umgang pflegen dürfen, erwidert er gleichmüthig: „so, dat weet ick nu", — woher er dies wisse: „de Lüt hebben mi dat seggt."

6. Mit dieser Ideenlosigkeit, diesem Mangel regulirender und controlirender Vorstellungsreihen moralischer Natur hängt auch das Triebartige seiner Handlungen zusammen. Die incriminirte Handlungsweise war nicht bloss ein Verbrechen an sich, sondern auch brutal ausgeführt, brutal nicht aus einem Uebermaas an leidenschaftlicher Erregung, sondern aus einem Defect moralischer und ästhetischer Vorstellungen.

7. Endlich gehören die geschilderten Stimmungsanomalien mit zu dem Gesammtbilde. Melancholien kommen nicht bei allen Idioten vor, aber wo sie vorhanden, sind sie ebenfalls jedes Mal der Ausdruck einer oft schon durch geringfügige Ursache bewirkten krankhaften psychischen Hemmung, einer Hemmung, welche hier um so leichter eintritt, als das gesammte Vorstellungsleben eben so ungemein arm ist. So genügt oft ein geringfügiges Hinderniss, um das psychische Gleichgewicht zu stören, und um wie viel mehr muss das der Fall sein bei einer so gänzlichen Umänderung der äusseren Lage, wie sie bei der Versetzung in eine Straf- oder Irrenanstalt eintritt.

Einen Einwand, der der Darstellung ad 4 vielleicht gemacht werden könnte, möchte ich noch zu widerlegen versuchen. Man könnte fragen: wie kann ein so schwachsinniger Mann mit Erfolg seinem Geschäft nachgehen, welches doch immerhin Geschicklichkeit, Umsicht und Nachdenken erfordert? Dem wäre zunächst zu entgegnen, dass der Erfolg eben gefehlt hat, indem Sch. in seinem Vermögen immer weiter zurückgekommen ist. Alsdann hat den Theil des Geschäfts, welcher etwas Umsicht und Nachdenken erfordert, also das Rechnungswesen, die Frau geführt. Sch. selbst hat hauptsächlich nur den mechanischen Theil, das Schlachten des Viehes und das Austragen der Waare besorgt. Hierin aber liegt gar nichts Auffallendes. Es ist bekannt, dass es nicht wenige Idioten giebt, welche sich durch eine einseitige, aber staunenswerthe

Begabung in mechanischen und selbst künstlerischen Leistungen auszeichnen.

Wir sehen demnach hier einen Menschen, der durch angeborene oder in frühester Kindheit erworbene Verkümmerung des Gehirns (organische Belastung) begründete bleibende beträchtliche Defecte seines gesammten Seelenlebens und zwar sowohl auf dem Gebiete des Erkennens und Vorstellens, als auf dem des Empfindens und Strebens, sowie intercurrente, in der Form der Melancholie auftretende Anomalien der Stimmung und gleicherweise solche auf dem motorischen Gebiete aufweist und demnach als Idiot zu bezeichnen ist.

Die erkannte Strafe an demselben zu vollstrecken, halte ich für unthunlich. Denn abgesehen davon, dass die volle Schwere des Gesetzes nur vollsinnige Personen treffen darf, würde die mit derselben verknüpfte gänzliche Veränderung der äusseren Lebensbedingungen eine weitere Hemmung dieses ohnehin gebundenen Seelenlebens bilden, welche bei den hier vorliegenden intercurrenten melancholischen Verstimmungen als direkte Schädlichkeit anzusehen ist.

27. Krankenskizze Moralisches Irresein (Der Fall ist bereits in der Vierteljahrsschr. für gerichtl. Mediz. veröffentlicht.) M. K. wurde im Jahre 1864 in San Franzisko von deutschen Eltern geboren Sein Vater, welcher Kaufmann war, starb schon im folgenden Jahre an Wundstarrkrampf, und die Familie ging bald darauf nach Deutschland, und zwar nach St. zurück. Hier starb die Mutter im Jahre 1888, wie es scheint, an einem Krebsleiden. Sonst sollen erbliche Krankheiten, namentlich solche nervöser Natur, in der Familie nicht vorgekommen sein. Auch M. K. selbst ist, wie er angiebt, bisher gesund gewesen.

M. K. besuchte ein Realgymnasium und durchlief es bis zur 4. Klasse. Er war träge und unaufmerksam und wurde deshalb später einem Privatinstitute übergeben, worin er bis zum 17. Jahre blieb. Alsdann trat er in ein Bankgeschäft als Lehrling, wurde jedoch nach 5 Monaten entlassen, da er 100 Mark veruntreut hatte. Von dem gestohlenen Gelde hatte er 40 Mark verschenkt, den Rest durchgebracht. Nach Amerika geschickt, erhielt er eine Stelle in einem Kaufmannsgeschäft, entlief jedoch von da auch schon nach 6 Wochen, weil es ihm nicht gefiel. Schon damals fing er an, sich mit liederlichen Frauenzimmern aufzuhalten. Nicht besser ging es in einer Wollspinnerei in S. Franzisko, wo er, wegen eines Streites mit dem Maschinisten, gleichfalls nach 3 Monaten fortlief.

Hierauf versuchte es M. K. mit der amerikanischen Marine, musste hier auch 4 Jahre aushalten, wurde aber schliesslich wegen Betheiligung an einer Whiskey-Schmuggelei entlassen. Auf der Farm eines Onkels vertrauensvoll aufgenommen, verführte er seinen 15jährigen Neffen zur Päderastie und ging selbst, aus Scham, wie er sagt, nach 6 Monaten davon, worauf er sich wiederum in S. Franzisko, theils als Hausknecht, theils als Barkeeper seinen Lebensunterhalt verdiente.

Mit 1000 Mark aus der Erbschaft seiner inzwischen verstorbenen Mutter ausgestattet, reiste er darauf mit einem Freunde, anscheinend ohne besonderen Zweck, nach Canada. Er trat dort als Gentleman auf, lebte flott und verlobte sich nach einander mit 2 Mädchen aus guten Familien, schloss sich auch den Temperenzlern an. Von dem Vater der letzten Braut mit Reisemitteln ausgestattet, um den Rest seiner Erbschaft in Deutschland zu erheben, begiebt er sich nach St. und erhebt einige Tausend Mark. Auf der Rückreise macht er an Bord die Bekanntschaft einer Schauspielerin, die er in den Glauben, ein reicher Mann zu sein, zu setzen verstanden hatte. Er quartiert sich mit ihr in New-York ein und heirathet sie, nach einer mit Champagner durchschwärmten Nacht, auf ihren Vorschlag Nach 10tägigem Zusammenleben bekennt er ihr, dass er Nichts mehr besitze, wird entlassen und wendet sich nach Philadelphia. Dorthin lässt ihm die Frau, die sich unterdessen ihrem früheren Unterhalter wieder zugewendet hat, den Vorschlag der Ehescheidung machen. Er geht darauf ein, ebenso wie auf den Vorschlag, sich als schuldigen Theil hinstellen zu lassen. Zu letzterem Zwecke begiebt er sich in ein öffentliches Haus und lässt sich dort in flagranti von den gemietheten Zeugen betreffen.

Von Allem entblösst, versucht er bei der amerikanischen Armee oder irgendwo an Bord unterzukommen, zieht aber schliesslich vor, sich mit dem Schnelldampfer „Lahn“ als Kohlenzieher nach Bremerhaven herüber zu arbeiten. Von hier wandert er ohne alle Geldmittel, mit einem Genossen über Bremen und Bassum, wie ein richtiger Vagabund, theils bettelnd, theils sich bei der Polizei obdachlos meldend, bis nach Osnabrück. Dort trafen ihn 100 Mark aus seiner Heimath, die er theils verjubelte, theils zur Anschaffung von Kleidung und zum Ankauf von 2 Billets nach Köln für sich und seinen Begleiter verwandte. In Oberhausen beging er im Eisenbahnwagen ein Sittlichkeitsverbrechen gegen ein 11jähriges Mädchen, worauf er in Düsseldorf verhaftet, nach Duisburg transportirt und dort zu 7 Monaten Gefängniss verurtheilt wurde.

Nach Verbüssung der Strafe reiste er nach H., beziehungsweise St., und erhob dort wiederum 1000 Mark von seinen Verwandten. Sofort folgte wieder eine grosse Trinkorgie hier und in L. Auch auf der Reise von da nach Bremen ist sehr viel getrunken und übermässig geraucht worden. Im Gasthause hierselbst wurde ein auffallendes Benehmen an M. K. bemerkt. Er holte sich zwar noch selbst ein Beruhigungsmittel aus der Apotheke, wurde aber immer lauter und lärmender. Schliesslich setzte er vorsätzlich die Tischdecke seines Zimmers in Brand und wurde nunmehr durch den herbeigerufenen Polizeiarzt der Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesen. Hier fand sich noch eine Baarschaft von 784 Mark 25 Pfennig vor.

Folgender Befund wurde erhoben:

Der Kranke ist von mittlerer Grösse, schlank gebaut und mässigem Ernährungszustand, die Gesichtsfarbe ist jedoch von blassem, graugelblichem Aussehen. Zeichen von erblicher Entartung oder organischer Belastung fehlen zwar, doch zeigen sich die Schädelmaasse nicht ganz normal. Namentlich ist der Breitendurchmesser gegen den Längendurchmesser etwas verkleinert, nämlich 14 cm gegen 19 cm (normal 14 und 18), infolgedessen auch der Breitenindex nur 72 (statt normal 80) beträgt. Ferner überwiegt der Gesichtstheil gegen den Schädeltheil, was allerdings weniger bei der physiognomischen Betrachtung, als beim Messen hervortritt, wo der Abstand der Jochbeinfortsätze 14 cm (statt normal 11) beträgt. — Die Sprache ist weich, leise, wohllautend, der Gesichtsausdruck nimmt mitunter etwas Schwärmerisches an. — Die physikalische Untersuchung der Brust und Unterleibsorgane ergiebt nichts Krankhaftes.

Der Kranke leidet an Gesichts- und Gehörstäuschungen, er glaubt verfolgt zu sein und die Stimmen seiner Verfolger zu hören. Er sieht etwas verwirrt aus und zeigt ein leichtes Zittern an der Zunge und den Händen. Im Uebrigen hält er sich ruhig im Bett. Der Kranke hat die erste Nacht ziemlich gut geschlafen und giebt am andern Morgen leidlich klare Antworten. Nur in Betreff der Brandstiftung ist er noch unklar. Er meint, er habe es gethan, um den Kellner zu zwingen, sein Zimmer zu betreten. Weshalb der Kellner dies nicht habe thun wollen und warum gerade diese Massregel nöthig geworden sei, weiss der Kranke nicht zu beantworten.

Im Laufe der nächsten Tage besserte sich der Zustand rasch. Die Sinnestäuschungen schwanden ganz und der Kranke erkannte sie als krankhaft begründet. Die äussere Besonnenheit kehrte zurück,

Appetit und Schlaf besserte sich und der Kranke machte äusserlich bald ganz den Eindruck eines Genesenden.

Nur gewisse Empfindungsstörungen blieben zurück und sind zum Theil auch heute noch nicht ganz geschwunden. So empfand der Kranke, nach seiner Angabe, mitunter ein nicht unangenehmes ziehendes Gefühl durch den ganzen Körper, wobei ihm war, als ob Electricität aus seinen Fingerspitzen ausströme. Umgekehrt belästigt ihn dann mitunter eine Empfindung, als ob er zusammenschrumpfe und sein Körper kleiner werde. Er behauptet auch abgemagert zu sein und ist schwer vom Gegentheil zu überzeugen, obgleich er thatsächlich $5^1/_2$ kg zugenommen hat. Mitunter hat er das Gefühl, als wenn Wasser durch seinen Körper sickere, er empfindet zuweilen einen Druck auf dem Scheitel und in der Hinterhauptsgegend.

Die Stimmung ist wechselnd. Meist ist sie gleichmässig ruhig, unbekümmert und sorglos, mitunter ausgelassen und frivol. So schrieb er neulich auf einen Zettel die Verse:

„Wie hat die Liebe mich entzückt,
Als ich noch schwer und kugelrund!
Hier sitz ich jetzt und bin verrückt
Und wiege kaum noch hundert Pfund.
Skelettmann."

Dazwischen kommen wieder Tage, wo ihn eine ängstliche gedrückte Stimmung beherrscht, und ihn, meist an die geschilderten Empfindungsstörungen anknüpfend, Todesgedanken beschleichen. Dann sind auch die Nächte schlecht, und es muss mit Schlafmitteln nachgeholfen werden.

Auch Affekten anderer Art unterliegt der Kranke. So kann er sehr jähzornig werden. Eines Morgens zerriss er ein neues Hemd in Stücke, weil ihm irgend etwas nicht passte. Auf Essen und Trinken giebt er sehr viel. Es war eine seiner ersten Sorgen, die schriftliche Bitte um Versetzung in eine höhere Verpflegungsklasse auszusprechen, obgleich er schon auf der sogenannten Herrenabtheilung seinem Stand und seiner Bildung angemessen untergebracht war, nur um feineres Essen zu erhalten. Die Bitte wurde abgelehnt, weil ihr die innere Berechtigung fehlte, was er übrigens ganz liebenswürdig aufnahm.

Ueberhaupt hatte man keine Ursache, sich über das Betragen des Kranken zu beklagen, mit der einen, sogleich zu erwähnenden Ausnahme. Er ist stets höflich, verbindlich und hat etwas Liebenswürdiges und Bestechendes in seinem Auftreten. Auch beschäftigte

er sich willig im Garten mit leichter Arbeit, wenngleich man es deutlich merken konnte, dass er gern jede Gelegenheit ergriff, davon loszukommen. Leider hat er die ihm gewährte verhältnissmässige Freiheit durch eine höchst unüberlegte Handlung wieder verscherzt. Er hatte sich nämlich aus Blech eine Nachahmung des Drückers, mit dem alle Thüren zu öffnen sind, gefertigt, — nicht um selbst zu entweichen, denn das hätte er viel einfacher haben können, sondern lediglich aus Uebermuth, um zu zeigen, was er könne und um sich einen Witz zu machen. In Irrenanstalten können solche Witze aber gefährlich werden Deshalb musste der Kranke zunächst wieder auf die geschlossene Abtheilung zurückgebracht werden.

Ein Gutachten, welches sich nur auf die Beurtheilung der gerade vorliegenden oder vorhanden gewesenen Krankheitserscheinungen beschränken wollte, würde in einem Falle, wie der uns hier beschäftigende, unvollständig sein Wenn irgend wo, so ist es gerade hier die Aufgabe, so viel wie möglich und so weit es die immerhin lückenhaften Angaben gestatten, den ganzen Menschen zu erfassen und seinen Charakter, wie er sich durch Lebensschicksale u s w. gestaltet hat, darzustellen. Die engere klinische Diagnose muss sich zur anthropologischen erweitern.

Trotzdem wird es zweckmässig sein, hier mit der Beurtheilung der eigentlichen Krankheitserscheinungen, wie sie kurz vor und nach der Aufnahme dargeboten wurden, den Anfang zu machen und daran erst eine kurze Charakteristik des Kranken zu knüpfen.

Es waren Angstgefühle, unterstützt durch Sinnestäuschungen, welche eine Verfolgung durch andere Personen vorspiegelten, verkehrtes Handeln mit offenbar im Unbewussten verharrenden Zweckvorstellungen, Ideenflucht und Unruhe, — endlich auf körperlichem Gebiete, Schwäche und Zittern der Muskulatur sowie Dyspepsie vorhanden. Diese Symptome, verbunden mit dem Umstand, dass tagelanges starkes Trinken vorangegangen, lassen keinen Zweifel darüber übrig, dass wir es hier mit einem Anfalle acuter Alkoholvergiftung zu thun haben. Wie es bei dieser Krankheitsform zu sein pflegt, gingen auch hier die stürmischen Erscheinungen rasch vorüber und machten wiederkehrender Ruhe, Besonnenheit und körperlicher Kräftigung Platz. Es scheint, und wir wollen es hoffen, dass hiermit eine in sich geschlossene Episode hinter dem Kranken liegt, oder, mit anderen Worten: es liegen keine Anzeichen dafür vor, dass eine solche Attacke sich wiederholen wird, wenigstens keine solche, die aus dem constitutionellen Habitus des Kranken hervorginge. Denn derselbe trägt nicht die sattsam bekannten Merkmale eines habituellen Trinkers, für den der Alkoholgenuss

ein unentbehrliches Reizmittel darstellt, sondern er ist, wenn ich ihn recht beurtheile, ein Gelegenheitstrinker durch zufällige Verführung oder momentan erregte Stimmung.

Seit Verschwinden der acuten Symptome des geschilderten alkoholistischen Insults sind nur noch gewisse nervöse Krankheitszustände, und zwar solche auf dem Gebiete des (körperlichen) Empfindens zurückgeblieben. Ich sage zurückgeblieben, denn in der That ist die Annahme nicht ausgoschlossen, dass sie lediglich Residuen der durch unmässigen Tabaks- und Alkoholgenuss gesetzten Nervenerregung darstellen und mit der Zeit noch verschwinden werden. In dem geschilderten Maasse wenigstens sind sie früher auch nicht vorhanden gewesen, wenngleich der Kranke angiebt, auch schon vordem mitunter Zeichen einer eigenthümlichen geistig-nervösen Spannung an sich bemerkt zu haben. So hat er z. B. manchmal vor dem Einschlafen deutlich eine Stimme gehört, als wenn ihn seine Mutter riefe. Dem sei wie ihm wolle, so sind dieselben an sich natürlich noch keine Zeichen von Geisteskrankheit. So lange der Kranke sich seine Empfindungen noch objektivirt, so lange er noch sagt: es ist mir so, als ob mir Wasser durch den Körper sickere, — oder ich habe das Gefühl, als wenn ich zusammenschrumpfte, — so lange kann von keiner Geisteskrankheit die Rede sein. Erst wenn die Herrschaft über diese Empfindungen verloren geht, wenn der Kranke sie nicht mehr als krankhaft begründet erkennt, sondern als wahr ansieht, wenn er sich nicht mehr hypothetisch ausdrückt, sondern mit aller Bestimmtheit sagt: mir sickert Wasser durch den Körper, mein Körper ist kleiner geworden und zusammengeschrumpft, — erst alsdann ist die Wahnidee fertig und damit das bezeichnendste Symptom des Irrsinns gegeben. Von alledem ist aber hier noch keine Rede, und viel gerechtfertigter, als die Befürchtung, die geschilderten Empfindungsstörungen könnten den ominösen Weg zur Geisteskrankheit (der sogenannten hypochondrischen Verrücktheit) einschlagen, erscheint mir die Annahme, dass sie in nicht zu ferner Zukunft sich verlieren werden.

Abgesehen von allen diesen Dingen, die eine mehr zufällige und zeitweise, als bleibende und grundlegende Bedeutung beanspruchen, muss man aber doch sagen, M. K. ist keine normale Natur. Und zwar ist er anormal nicht wegen Etwas, was er an sich hätte, z B. eines Krankheitssymptoms, welches Gesunde nicht zeigen, sondern umgekehrt. Es fehlen ihm gewisse seelische Eigenschaften, die der Mensch haben muss, wenn er als gesund, mindestens als geistig ganz normal gelten soll.

Suchen wir das gesammte Geistes- und Gemüthsleben M. K.'s unter einen Gesichtspunkt zu bringen, so finden wir Folgendes: Es fehlt unserem Kranken nicht an Intelligenz, welche die Dinge dieser Welt richtig erfasst und zu benutzen versteht, wenngleich höhere Leistungen ihm verschlossen sind. Es fehlt ihm auch nicht an der äusseren Thatkraft, die den Blick auf das Nächste richtend rüstig und unverdrossen zugreift, um dem Augenblick gerecht zu werden. Es fehlt ihm endlich auch nicht an einer gewissen Weicheit des Gemüths, an Gefühlen der Kindes-, Geschwister- und Freundesliebe. Er besitzt eine gewisse anschmiegsame Menschenfreundlichkeit, die ihn im Umgange bescheiden, dankbar, liebenswürdig erscheinen lässt. Aus bösem Willen würde er gewiss keinem Menschen Leid anthun. Er weiss auch sehr wohl Gut und Böse zu unterscheiden, er weiss, was sich schickt und nicht schickt, er ist im Stande, in seiner Weise Scham und Reue zu empfinden. Ich sage absichtlich in seiner Weise, d. h. oberflächlich, nicht tiefgehend, nicht umstimmend, nicht bessernd.

Und hiermit kommen wir auf das, was M. K. fehlt, — das sind die lebendigen, ethischen Gefühle Nicht bloss die höheren ethischen Gefühle, wie Sinn für Gemeinwohl, Vaterlandsliebe, Geistesbildung sind ihm fremd, sondern auch das gewöhnliche Pflichtgefühl, Treue gegen übernommene Verpflichtungen, Mannes- und Menschenwürde. Er kennt das Alles wohl, — weiss, was damit gemeint ist. Aber es sind ihm leere Worte, es ist ihm nicht in Fleisch und Blut übergegangen, nicht lebendig in ihm geworden. Es fehlt ihm der geistige Hintergrund — nicht bloss der ästhetisch-intellectuelle des wahrhaft gebildeten Menschen, der ja nicht Jedermanns Eigenthum sein kann, und ohne den sich auch menschenwürdig leben lässt, — sondern auch der moralische Hintergrund des in sich gefesteten charaktervollen Mannes. Sein Begehren ist sehr stark. Aber zwischen Begehren und Handeln schieben sich nicht, wie bei normal veranlagten Menschen, moralische und ästhetische Motivirungs- oder Hemmungsvorstellungen ein. Sondern dem gegebenen Willensanstoss folgt alsbald auch die Handlung. Hier gleichen solche Menschen den Kindern, die, weil auch ihnen der geistige Hintergrund fehlt, weder Vergangenheit noch Zukunft kennen, sondern nur in der Gegenwart leben. Nur dass bei Ersteren das Begehren stärker und auf unlautere Zwecke gerichtet ist Auch in der Anstalt war, kaum dass der erste Sturm vorüber, unbekümmert um Vergangenheit und Zukunft, sein ganzes Sinnen und Trachten auf ein möglichst behagliches Geniessen der Gegenwart gerichtet. Sein Erstes war, in einer schriftlichen Eingabe um Ver-

setzung in eine höhere Verpflegungsklasse zu bitten, da er gern besser essen und trinken wollte, obgleich auch in unserer 3. Klasse die Verpflegung den Ansprüchen eines einfachen bürgerlichen Haushaltes sehr gut entspricht. Im gewöhnlichen Leben nennt man einen solchen Menschen charakterlos.

Nur durch den originären Defekt ethischer Gefühle ist es zu verstehen, wenn ein von Haus aus gutmüthiger Mensch, der in geordneten Verhältnissen aufgewachsen ist, so tief sinken, und, so zu sagen, Schandthat auf Schandthat häufen kann. Als Dieb, Päderast und Jugendverführer, als Ehebrecher und Trunkenbold, als ein Mensch, der Treue und Mannesehre weit, weit weggeworfen hat, steht er vor uns da, — und doch dürfen wir nicht sagen, dass er aus Lust am Bösen gesündigt, sondern dass es lediglich Schwachheit der originären Begabung ist, die ihn jedesmal zu Falle gebracht hat. Aber in diesem letzteren Punkte liegt auch gerade das Bedenkliche und, so zu sagen, Hoffnungslose dieses, wie ähnlicher Fälle. Denn durch keine nachträgliche Correctur kann der originäre Fehler verbessert werden. Hier helfen keine Belehrungen, keine Ermahnungen, keine Drohungen, keine Strafen, weil schon der Boden, auf dem gesäet werden soll, unfruchtbar ist und das Saatkorn gar nicht erst zur Entwickelung kommen lässt. Die Ermahnungen hört man sich achtungsvoll an, die Strafen lässt man als etwas äusserlich Verdientes über sich ergehen, man fasst auch den Vorsatz, sich künftig lieber nicht wieder in solche Ungelegenheiten zu begeben, — aber sobald die Gelegenheit erscheint, folgt man doch wieder, wie von einer inneren Macht getrieben, dem verhängnissvollen Impulse des Augenblickes.

Und eine innere treibende Kraft ist es ja auch, die hier bestimmend wirkt. Denn so gewiss, wie das Gehirn das körperliche Organ der Seele ist, so gewiss sind auch solche Charakterrichtungen organisch begründet. Nur dass uns von solcher organischen Begründung noch der anatomische Nachweis fehlt.

Man könnte im vorliegenden Falle auf die Schädelabnormitäten namentlich den im Verhältnisse zum Längsdurchmesser zu kleinen Breitendurchmesser, hinweisen und sie als Zeichen einer anatomischen Begründung ansprechen. Für Anhänger der alten Gall'schen Schädellehre oder der neuesten Forschungen über „Verbrecherschädel" würde das entschieden etwas Verlockendes haben. Aber trotzdem müssen wir uns hüten, auf diese Brücke allein zu treten. Denn einen solchen Parallelismus zwischen Schädelmissbildung einerseits und Krankheit oder moralischer Verkümmerung andererseits kennt die Wissenschaft noch nicht. Im Gegentheil müssen

wir sagen, dass es Breitschädlige genug giebt, die moralische Entartung darbieten, und umgekehrt Schmalschädlige genug, die ein ganz gesundes und vorwurfsfreies Leben führen. Höchstens als beweisverstärkender Umstand dürfen die Schädelabnormitäten mit herangezogen werden. Was aber bei M. K. ausserdem noch für einen originären, angeborenen Defect und somit gegen die Annahme eines später erworbenen Charakterfehlers spricht, ist Folgendes: a) Die geringe Scham und Reue, die er zeigt. Denn namentlich letztere pflegt sich nur alsdann einzustellen, wenn man eine seiner innersten Natur zuwiderlaufende Handlung verübt hat b) Das Impulsive seiner Handlungen, aus dem, wie schon oben gesagt, das Fehlen corrigirender Hemmungsvorstellungen moralischen Inhaltes hervorgeht. c) Die Stimmungsanomalie, der Jähzorn und die bald traurige, bald ausgelassen heitere Verstimmung, letztere insofern, als sie nicht durch äussere Umstände veranlasst oder beeinflusst erscheint. Auch keines dieser Zeichen ist an sich beweisend genug, aber zusammen mit der Schädelanomalie helfen sie das Bild vervollständigen.

So lässt uns die anthropologisch-psychologische Forschung, so lückenhaft sie der Natur der Sache nach auch sein musste und so sehr sie gewiss noch durch allerhand kleine Züge von ganz Unterrichteten hätte vervollständigt werden können, — auch in diesem Unglücklichen ein Opfer seiner Naturanlage erkennen. Nicht unsere Verachtung verdient er, sondern unser Mitleid Denn auch auf ihn passen die Worte Goethe's:

„Wie an dem Tag, der dich der Welt verliehn,
Die Sonne stand zum Grusse der Planeten,
Bist alsobald du fort gediehn
Nach dem Gesetz, nach dem du angetreten.
So musst du sein, du kannst dir nicht entfliehn;
Das sagten schon Sybillen und Propheten.
Denn keine Zeit und keine Macht zerstückelt
Geprägte Form, die lebend sich entwickelt.

„So musst du sein“, eine unerbittliche Macht zwingt dich, zu sündigen und man sollte dich verantwortlich machen, dir die That zurechnen dürfen? Nun, von einem höheren Forum würdest du einst gereinigt hinweggehen, aber mit der irdischen Gerechtigkeit, mit der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit hat dies nichts zu thun. Die Gesellschaft muss sich der Uebelthäter erwehren und thut dies mit den Waffen der Criminaljustiz Noch sind wir nicht so weit, weder die Wissenschaft noch die Strafgesetzgebung. Die Wissenschaft ist noch nicht im Stande, in solchen Fällen den ge-

nügenden Beweis der Krankheit zu führen. Die Strafgesetzgebung aber steckt noch tief im Vergeltungsprinzip, sieht immer noch mehr die That, als den Thäter an und weiss nichts Anderes, als eben zu strafen. Die Zeit wird kommen, wo auch solche Individuen, wie M. K, mehr nach ihrer angeborenen Naturanlage werden beurtheilt, gerichtet und geschützt werden! Denn nicht bloss die Gesellschaft, sondern auch diese Unglücklichen, diese wahrhaft Enterbten, sollen geschützt werden vor der Welt, und nicht minder vor sich selbst, vor ihren eigenen Trieben, ihren Begierden und den Gefahren, die aus der Armuth ihrer ethischen Begriffe hervorgehen. Statt dessen überlässt man sie sich selbst, stellt sie in den Kampf ums Dasein und straft sie, wenn sie fallen. In alten Zeiten suchte man für dieselben Zuflucht in den Klöstern. Hierfür einen Ersatz zu schaffen, ist eine der dankbarsten socialen Aufgaben. Was nun mit M. K. anfangen? In der Irrenanstalt kann man ihn nicht lassen, denn nachdem er das Delirium überstanden, ist er im administrativen Sinne nicht mehr als geisteskrank zu erachten. Ihn einfach nach Amerika hinübergehen lassen, ginge nur an, wenn man den festen Willen hätte, sich seiner um jeden Preis zu entledigen. Somit bliebe nur übrig, ihn auf irgend eine Weise, sei es hier oder im Auslande, bei zuverlässigen Leuten (oder in einem Institute) unterzubringen, welche Macht über ihn haben, und wo er seinen Anlagen entsprechend arbeiten kann. Eine schwere Aufgabe! Doppelt schwer bei einer Persönlichkeit, wie M. K., mit so energischem Begehren und verhältnissmässig so ungeschwächter Intelligenz! Aber wenigstens der Versuch müsste doch gemacht werden. Am ersten liesse sich hier wohl noch durch die innere Mission etwas erreichen, wenn man Jemand fände, der nicht bloss einer äusseren Aufgabe sich zu entledigen bestrebt wäre, sondern ein wirkliches lebendiges Interesse an dem Wohlergehen unseres bedauernswerthen Kranken nähme.

Das moralische Irresein als Signatur des Charakters ist im Wesentlichen unveränderlich. Doch mag nicht unerwähnt bleiben, dass in einzelnen Fällen, nach Schädelverletzungen, noch häufiger bei Epilepsie, Zustände moralischer Benommenheit sich entwickeln können, die mit dem Besserwerden des Grundübels gleichfalls schwinden.

Die Diagnose ist oft schwierig. Sie darf sich nicht damit begnügen, den ethischen Defekt aufzusuchen, sondern muss sich bemühen, die Abnormitäten des gesammten Organismus nachzuweisen. Wo es sich um gerichtsärztliche Gutachten handelt, soll sie niemals das Verbrechen selbst zum Ausgangspunkte der Betrachtung machen, noch weniger aus ihm allein, z. B. aus seiner Verkehrtheit und Ungeheuerlich-

keit, den Beweis der Geisteskrankheit beibringen. Am dankbarsten wird es immer sein, den Nachweis zu führen:

a) des pathologischen Schwachsinnes auch auf anderen Gebieten, z. B. der intellektuellen Schwäche, der Willensschwäche u. s. w.;
b) erblicher Belastung oder von Schädlichkeiten, die in frühester Kindheit auf Schädel und Gehirn gewirkt haben;
c) der Degenerationszeichen;
d) sonstiger Begleiterscheinungen, z. B. der Epilepsie oder der allen erblich Belasteten eigenthümlichen und auf habituell verminderte Widerstandskraft des vasomotorischen Systems zurückzuführenden Intoleranz gegen Spirituosen.

Wenn irgendwo, so muss sich hier die Diagnose zu einer anthropologisch-individuellen erheben.

Fünfter Abschnitt.

Allgemeine Diagnostik und Therapie.

Zweiundzwanzigstes Kapitel.

Allgemeine Bemerkungen zur Diagnostik.

Auch das Bild des Irreseins setzt sich, wie das jeder körperlichen Krankheit, aus einzelnen Symptomen zusammen. Aber wir haben es hier nicht, wie dort, allein mit einfachen Symptomen, sondern vielmehr mit Symptomen-Gruppen zu thun. Nehmen wir an, ein Geisteskranker biete als charakteristische Zeichen seines Leidens Manie, Wahnideen und Schwachsinn dar, so sind diese doch nicht als einfache Symptome zu betrachten, sondern vielmehr als Gruppen von Symptomen, oder, noch deutlicher gesagt, als Zustände, die selbst erst wieder aus einzelnen Symptomen erkannt werden. So würde hier der maniakalische Zustand aus dem Symptom des raschen Wechsels und der Zusammenhangslosigkeit der Ideen, der heiteren Ueberhebung und des motorischen Thatendranges, — die Wahnideen aus dem Vorhandensein von Sinnestäuschungen, in Verbindung mit falschen Urtheilen, — und der Schwachsinn aus den Zeichen der Gedächtnissschwäche, der mangelhaften Beurtheilung der Lage u. s. w. diagnosticirt werden. Aus diesen Elementen — Manie, Wahnideen, Schwachsinn — setzt sich alsdann erst, und zwar in Verbindung mit den körperlichen Symptomen, u. a. Lähmungen, — und unter Berücksichtigung der besonderen Natur der Wahnideen, nämlich Grössenideen, — die Hauptdiagnose, nämlich der Paralyse, zusammen.

Bei körperlichen Krankheiten liegt die Schwierigkeit der Diagnose nicht sowohl in der Deutung der Thatsachen und dem logischen Schlusse, als vielmehr in der Kunst der sachverständigen Erhebung der Thatsachen selbst. Bei Geisteskrankheiten dagegen, wenigstens bei denen, wo es sich nicht gerade um feinere Nervendiagnosen handelt, ist das Verhältniss oft umgekehrt. Allerdings sind hier zunächst die Fälle auszuscheiden, wo der Kranke selbst die in seinem Seelenleben sich abspielenden Vorgänge, z. B. Sinnestäuschungen,

Angst, Wahnideen, hinter einer Maske verbirgt und verheimlicht, sodass es ausser der Erkenntniss dieser Thatsache zunächst noch eines geschickten Verfahrens bedarf, um die verborgenen Symptome an die Oberfläche zu locken. Im Allgemeinen jedoch darf man sagen, die Symptome liegen freier zu Tage, dagegen macht die Deutung oft Schwierigkeiten.

Schon die Frage, ob überhaupt Geisteskrankheit vorliege oder nicht, ist oft sehr schwer zu beantworten. Die in der Einleitung schon hervorgehobene Aehnlichkeit der Erscheinungen des kranken Seelenlebens mit denen des gesunden, die Abgeschliffenheit der Uebergänge zwischen beiden, die scheinbar gesunden und plausiblen Motive für doch im Grunde verkehrtes Handeln, dazu das Fehlen wirklich typischer Krankheitsbilder — das Alles kann die Diagnose sehr erschweren. Vor Allem gehören hierher die Fälle, welche sich überhaupt nicht unter die Rubrik bekannter und feststehender klinischer Formen bringen lassen, sondern atypisch aussehen und verlaufen. In solchen Fällen zweifelhafter Geistesstörung lautet die Frage auch deshalb nicht jedesmal: An welcher typischen Form von Geisteskrankheit leidet der zu Untersuchende? Sondern sie heisst oft: Ist überhaupt das Seelenleben hier so beschaffen, dass man seine Aeusserungen noch als unter der Breite der Gesundheit liegend ansehen darf, oder sind Abweichungen davon vorhanden, welche, und in welchem Grade?

Auch in ihrem Beginne endlich, sind Geisteskrankheiten nicht immer leicht zu erkennen.

Die psychiatrische Diagnose ist zunächst immer eine psychologische. Wir sprechen von Manie oder Melancholie, von Wahnsinn oder Blödsinn, von Tobsucht u. dergl. und bezeichnen damit Störungen der psychologischen Grundelemente des menschlichen Geistes, nämlich des Fühlens und Empfindens, des Vorstellens und Urtheilens und des Strebens und Handelns. Da es sich hier um solche Gehirnkrankheiten handelt, die sich vorzugsweise auf psychischem Gebiete abspielen und auf diesem Standpunkte hauptsächlich ihre Würdigung erfahren, so lässt sich gegen die Berechtigung obiger Bezeichnungen auch nichts einwenden. Aber stets müssen wir uns dabei vergegenwärtigen, dass Diagnosen, die allein die psychologischen Abweichungen in Betracht zögen, mindestens nicht erschöpfend sein würden. Deshalb dürfen unter keinen Umständen die körperlichen Begleiterscheinungen vernachlässigt werden. Namentlich gilt dies von den Nervensymptomen, ohne deren genaue Erhebung jede psychiatrische Diagnose unvollkommen bleibt. Ja, in zweifelhaften Fällen thut man sogar oft recht gut daran, ganz und gar von der üblichen psychologischen Begriffs-

bestimmung abzusehen und sich lediglich der Führung der körperlichen Symptome anzuvertrauen. Denn erst, wenn der Pfad durch den Nachweis körperlicher Abnormitäten, z. B. auf motorischem, sensiblem oder vasomotorischem Gebiete genügend erhellt ist, fällt auch auf zweifelhafte psychische Symptome das erforderliche Licht. Die Diagnose muss also eine psychisch-somatische sein.

Um aber zu einer vollständigen und erschöpfenden psychiatrischen Diagnose zu gelangen, genügt es noch nicht, einfach aus den Symptomen seine Schlüsse zu ziehen. Sondern auch die Ursachen müssen ergründet werden. Denn wie schon in der Einleitung gesagt wurde, gestalten sich Form und Verlauf einer Krankheit wesentlich verschieden, je nachdem diese oder jene Ursache sie verschuldet hat. Das alkoholistische Delirium z. B. ist ein ganz anderes, als das epileptische, der luetische Grössenwahn nimmt eine andere Färbung an, als der klassische maniakalisch-paralytische. Schon aus diesem Grunde ist die Kenntniss der Anamnese von grösster Wichtigkeit. Denn wenn wir auch aus den Symptomen häufig schon auf die Ursache zurück schliessen können, sodass wir z. B. auf den ersten Blick ein alkoholistisches Delirium von einem nicht alkoholistischen zu unterscheiden im Stande sind, so hilft doch erst die genaue Kenntniss des Vorlebens die wahre Ursache aufdecken. Von welcher grossen, praktischen Wichtigkeit hinsichtlich der Therapie dies ist, liegt auf der Hand. Die psychisch-somatische Diagnose muss also zugleich auch eine ätiologische werden.

Endlich aber muss auch die gesammte Persönlichkeit mit Bezug auf Vorleben, Erziehung, sociale Stellung, Neigung und Gewohnheiten, ganz besonders aber auf ihre Abstammung und erblichen Verhältnisse einer genauen, anamnestischen Durchforschung unterzogen werden. Erst, wenn alle diese Bedingungen erfüllt sind, gelangt man zu einem lückenlosen, einen wahren Einblick auch in die so wichtigen genetischen Verhältnisse gewährenden Bilde. Die vollkommene psychiatrische Diagnose muss also den ganzen Menschen umfassen. Sie darf keine einseitig semiotische und ätiologische bleiben, sondern muss sich zur anthropologischen Diagnose erheben.

Zu allen diesen Bedingungen tritt schliesslich noch eine letzte. Man muss auch den Verlauf der Krankheit in Betracht ziehen. Streng genommen können wir überhaupt erst, wenn die einzelnen Phasen einer Krankheit, wie die Blätter eines Reisetagebuches, vollständig vor uns aufgeschlagen liegen, von einer erkenntnisstheoretischen Durchdringung des Gesammtbildes sprechen. So wird man periodisches oder circuläres Irresein mit Sicherheit immer erst nach Ablauf einer oder mehrerer cyklischer Zeiten diagnosticiren

können. Aber eine so ideale Forderung entspricht nicht immer dem praktischen Bedürfniss, und eine nachträgliche Diagnose kann da, wo die Aufforderung zum unmittelbaren Handeln vorgelegen, nichts mehr nützen. Es wird deshalb genügen, wenn man sich vergegenwärtigt, dass auch der Verlauf des Irreseins vielfach an typische Formen gebunden ist, und dass demnach ein Fall, der sich seit seinem Bestehen in einer dieser Formen bewegt hat, damit unzweifelhaft einen Beweis seiner pathologischen Zugehörigkeit geliefert hat.

Vor folgenden zwei Fehlern muss sich der Arzt unter allen Umständen hüten: Erstlich, dass er nicht ein einzelnes Symptom herausgreift, um die Diagnose zu suchen. Psychologische Symptome, welche pathognomonische Bedeutung beanspruchen dürften, giebt es überhaupt nicht. Allerdings giebt es deren, welche die Allgemeindiagnose des Vorhandenseins einer Geisteskrankheit erlauben, vorausgesetzt immer, dass sie auch wirklich zweifellos festgestellt und nicht simulirt sind, z. B. Grössenwahnideen. Aber auch sie lassen eine verschiedene Deutung zu. Grössenwahnideen kommen der klassischen Paralyse wie dem luetischen Irresein und der einfachen Manie zu. Ja, um sie z. B. als luetische anzusprechen, würde auch nicht einmal das scheinbar so beweisende ätiologische Moment, dass wirklich Lues vorausgegangen, genügen. Zu einer sichern Diagnose gelangt man vielmehr auch in diesem Falle erst dann, wenn alle diagnostischen Hülfsmittel erschöpft sind. Man beruhige sich also bei scheinbar einfachen Fällen nicht mit einer oberflächlichen Diagnose, welche richtig, aber auch falsch sein kann, sondern verabsäume nicht die Erhebung aller zugänglichen Thatsachen.

Zweitens: Man hüte sich vor leeren, theoretischen Spekulationen, zu denen das dunkle Gebiet der Seelenstörungen so leicht verführt, sondern lasse nur die Thatsachen sprechen. Nur zu häufig allerdings bleiben wir in vielen Punkten auf Vermuthungen angewiesen. Denn die Erfüllung der grundlegenden Forderung einer genauen Anamnese ist leider nicht immer von unserm Eifer und unserer Einsicht, sondern noch häufiger von den Umständen und dem guten Willen derer, die Auskunft geben können, abhängig. Oft müssen wir uns mit einem sehr lückenhaften Bilde behelfen, das sich aus den vorhandenen Resten leider nicht so vollständig wieder herstellen lässt, wie etwa das vorsintfluthliche Fossil aus dem vorhandenen Kiefer. Man bleibe sich dabei nur jedesmal der lückenhaften Beweisführung bewusst. Man beurtheile den Fall, so gut es geht, trotz der Lücken, und hüte sich, den Vermuthungen, die unwillkürlich an deren Stelle gesetzt werden, den Werth positiver Thatsachen zu verleihen. Endlich beherzige man, dass, um solche Lücken möglichst unschädlich zu machen, das

wirksamste Mittel in genauer psychologischer und körperlicher Untersuchung des Kranken und in gewissenhafter Beobachtung des Krankheitsverlaufes besteht.

Dreiundzwanzigstes Kapitel.

Die psychiatrische Untersuchung.

Eine sachgemässe psychiatrische Untersuchung bietet viel mehr Schwierigkeiten, als die eines nur körperlich Kranken. Denn zu der Aufgabe der körperlichen Untersuchung und der Erhebung der Anamnese, die überdies hier bei Weitem umfänglicher ist, tritt noch die psychologische Untersuchung. Gerade letztere aber wird überdies häufig noch durch Widerstand, Apathie und Dissimulation des Kranken erschwert.

Um auf die rascheste, sicherste und angenehmste Weise zum Ziel zu gelangen, dafür giebt es keine allgemeingiltigen Regeln, da sehr viel von den näheren Umständen abhängt. Das eine Mal wird es gut sein, vorher die ganze Anamnese aufzunehmen, z B. in gerichtsärztlichen Fällen, ein anderes Mal ist es vielleicht zweckmässiger, damit zu warten, bis man über den psychologischen Zustand ein vorläufiges Urtheil gewonnen hat. Ein drittes Mal wird es sich, wenn man Zeit hat und der Kranke ruhig ist, vielleicht empfehlen, die körperliche Untersuchung der psychischen vorangehen zu lassen.

Sehr oft wird sich folgender Gang der Untersuchung zweckmässig erweisen, wenn er natürlich auch keineswegs als allgemein giltige Regel aufzustellen ist. Nehmen wir an, der Arzt sähe zum ersten Male einen bisher unbekannten Kranken.

1. Man stelle zuerst die allgemeinen orientirenden Fragen nach Namen, Alter, Beruf und Civilstand. Letzteren bald zu erfahren, ist wenigstens bei weiblichen Kranken von Wichtigkeit. Ferner frage man nach der bisherigen Dauer der Krankheit, wie sie begonnen habe und bisher verlaufen sei, was die muthmassliche Ursache und ob früher schon einmal Geisteskrankheit vorhanden gewesen sei.

2. Darauf lasse man die psychologische Untersuchung folgen. Man überzeuge sich zunächst

a) von dem Stande des Bewusstseins, ob dasselbe überhaupt vorhanden, ob es getrübt ist, oder nicht. Irrereden bedeutet natürlich an sich noch kein getrübtes Bewusstsein. Von einem solchen darf man vielmehr erst sprechen, wenn erschwerte Sinneswahrnehmung und Verkennung von Zeit und Umgebung vorliegen. Getrübtes Bewusstsein spricht für idiopathisches

Irresein, Gehirnneurose, z. B. Epilepsie, einfachen Stupor oder terminalen Blödsinn.

b) Man stelle fest, ob krankhafte Affekte, nämlich Melancholie oder Manie, vorhanden sind, oder nicht. Beide geben sich wenigstens in frischen Fällen sehr offen und sind unschwer zu erkennen. Doch hüte man sich vor Verwechslungen. Ein mit maniakalischer Selbstüberhebung behafteter Kranker, z. B. ein Paranoiker, kann einen seiner Natur, d. h. seiner Krankheit nicht entsprechenden zornigen Affekt zeigen und sich in heftiger Weise über Beeinträchtigung beklagen, weil er seiner Meinung nach ungerechter Weise der Freiheit beraubt, oder die aufgedrungene Untersuchung ihm lästig ist. — Man suche ferner festzustellen, ob die den genannten beiden Affekten eigenthümliche Hemmung, beziehungsweise Beschleunigung der geistigen Thätigkeit, vorhanden ist, oder nicht. Auch diese Zustände geben sich zumeist deutlich in dem äusseren Verhalten der Kranken kund.

c) Man forsche nach den Störungen im Vorstellungsleben. Sind Sinnestäuschungen vorhanden, welchen Sinnes und welcher Art? Drängen sich Zwangsvorstellungen auf, und welche? Werden Wahnideen geäussert, und welchen Inhalts sind dieselben? Sind es affektive Wahnideen, die sich als Erklärungsversuche geben, oder hallucinatorische oder rein primäre oder allegorisirende Wahnideen? Werden die Vorstellungen klar und logisch vorgetragen, oder liegt Verworrenheit vor? Wie ist Gedächtniss und Erinnerungsvermögen? — Häufig macht der Kranke aus seinen Hallucinationen und Wahnideen gar kein Hehl, sodass es nicht schwer ist, ihr Vorhandensein festzustellen, oder er lässt wenigstens durch bezeichnende Handlungen darauf schliessen. Häufig aber verheimlicht er sie auch, und es gehören dann geschickte Fragen dazu, sie an die Oberfläche zu locken. Meist wird der Kranke dadurch in einen leichten Affekt versetzt, der ihm das Wort auf die Zunge treibt. Manche Wahnideen sind so ungeheuerlich oder wenigstens in so hohem Grade unwahrscheinlich, dass sie sich schon durch ihren Inhalt als solche kennzeichnen. Manche aber, z. B. der Eifersuchtswahn der Alkoholiker, unterscheiden sich inhaltlich durch Nichts von einem möglichen Irrthum, ja es braucht nicht einmal ein Irrthum zu sein, sondern die geäusserte Idee kann thatsächlich wahr sein. Hier helfen natürlich die übrigen Ergebnisse der Untersuchung die Diagnose sichern.

d) Man ziehe endlich auch die Handlungen des Kranken in Betracht. Benimmt er sich ruhig, oder ist tobsüchtige Erregung vorhanden? Trägt die Tobsucht einen melancholischen, maniakalischen oder einfach zornigen Charakter? Ist das Bewusstsein dabei getrübt, und in welchem Grade? Ist sie mit hallucinatorischer Verworrenheit oder mit gänzlicher Bewusstlosigkeit verbunden? Aeussert sie sich in milden Formen, als Singen, Tanzen, Schwatzen, oder in sinnloser Wuth gegen die Umgebung? Die schweren Formen deuten immer auf ein idiopathisches Gehirnleiden oder eine Gehirnneurose, während die verhältnissmässig leichteren Formen den Psychoneurosen zukommen.

Ist man auf diese Weise zu einer vorläufigen psychologischen Diagnose gekommen, was meist nicht schwer hält, so

3. vervollständigt man die Anamnese. Zunächst sind

a) die erblichen Verhältnisse festzustellen. Man erforsche, ob in der direkten Ascendenz oder bei Geschwistern Geisteskrankheit vorgekommen ist. Im Bejahungsfalle ergründe man die näheren Umstände, — welche Form das Leiden gezeigt, ob es mit Genesung oder wie sonst geendet und wie lang seine Dauer gewesen. Im Verneinungsfalle frage man nach Gehirnneurosen, Hysterie, Hypochondrie, Epilepsie, Chorea, überhaupt nach Nervenkrankheiten, vor Allem Apoplexieen, Rückenmarksleiden, Neuralgieen, Hemikranie, endlich nach vorgekommenen Krankheiten überhaupt. (Zuckerruhr und Tuberculose!) Nicht minder wichtig ist es, auch den ethischen Werth des Stammbaumes zu erforschen. Hat man es mit einer leidenschaftlichen Familie zu thun, hat sie Trinker, Wüstlinge oder Geizige in ihrer Mitte gehabt, ist Neigung zu Selbstmord beobachtet worden?

Speziell die Eltern betreffende Fragen sind noch die nach Blutsverwandtschaft derselben, ob sie an Syphilis gelitten und Quecksilberkuren durchgemacht, warum und wie lange, ob die Zeugung im Rausche erfolgt sei u. s. w.

Man hüte sich jedoch auch hier vor voreiligen Schlüssen. Eine Geisteskrankheit braucht deshalb noch nicht erblich zu sein, wenn auch eines der Eltern thatsächlich an Geisteskrankheit gelitten hat. Einen Anhaltspunkt giebt die Gleichartigkeit beider Erkrankungen bei Ascendent und Descendent. Auch ist es nicht unwichtig, zu wissen, wem von beiden Eltern der Erkrankte am meisten ähnelt. Nach der Aufstellung von Richarz nämlich läuft am meisten Gefahr, erblich zu erkranken, der Sohn, welcher dem Vater, und die Tochter,

welche der Mutter ähnelt, vorausgesetzt, dass auch die betreffenden Eltern krank waren, — während der Sohn, welcher der Mutter, und die Tochter, welche dem Vater ähnelt, die kräftigere Descendenz bedeuten.

b) Die Entwickelungs- und Wachsthumsgeschichte ist möglichst genau festzustellen, namentlich, ob schädliche Einflüsse während der Schwangerschaft auf den Fötus eingewirkt und ob in der ersten Kindheit schon das Gehirnleben beeinträchtigende Krankheiten stattgehabt, ob ferner bis zur Zeit des vollendeten Wachsthums überhaupt Krankheiten vorgekommen, und welche. Sind namentlich jemals Krämpfe aufgetreten?

Damit zusammenhängend erhebt sich die Frage nach der körperlichen und geistigen Entwickelung. Wann hat das Kind gehen und sprechen gelernt? Wann fand der Eintritt in die Pubertät statt, sehr früh oder sehr spät? Ist die Menstruation seitdem stets regelmässig verlaufen? — Wie war ferner die intellectuelle Entwickelung? Ist das Kind in der Schule gut mit fortgekommen, hat es sich durch besondere Anlagen ausgezeichnet? Waren dieselben allseitig und harmonisch oder einseitig ausgebildet? Ist es überangestrengt worden? Hat die Leistungsfähigkeit die Pubertätszeit überdauert?

Endlich ist noch die Frage nach der Charakterentwickelung zu erledigen. Erzog sich das Kind leicht oder zeigte es starken Eigensinn? Zeigte es schlechte Neigungen, zu Onanie oder Thierquälerei? Wie war in der Pubertätszeit und später das Vorstellungsleben beschaffen? War eine nüchterne Lebensauffassung vorherrschend oder Neigung zur Schwärmerei? Bezüglich der Stimmung, — war sie leicht gereizt, scheu und zur Einsamkeit geneigt, oder heiter und gesellig? Wie war das Verhältniss von Vorstellung und Handlung? War rascher Pläne-Wechsel oder Ausdauer in der Ausführung die Regel?

c) Die Erörterung der persönlichen Verhältnisse im späteren Lebensalter schliesst sich hieran an; zunächst wiederum die Frage nach stattgehabten Krankheiten und Krankheitsanlagen.

Was insbesondere die Krankheiten anbetrifft, so sind alle, welche bleibende Schwächezustände zurückzulassen pflegen und solche, welche, wie die Infektionskrankheiten, das Gehirn stark in Mitleidenschaft ziehen, wichtig, vor Allem aber die Syphilis. Bei Frauen frage man nach den vorangegangenen Schwangerschaften und Kindbetten, wie viele und in welchem Zwischenraume sie überstanden wurden, ob die Frauen mit oder ohne Kunsthilfe geboren, ob und wie lange sie

gestillt, ob sie Wochenbettkrankheiten durchgemacht. — In Bezug auf Krankheitsanlagen sind namentlich die Zeichen, welche auf eine leichte Inanspruchnahme des Nervensystems, vor Allem des vaso-motorischen Systems, schliessen lassen, von Wichtigkeit. Man forsche darnach, ob die betreffende Person überhaupt leicht anfällig sei, ob sie in fieberhaften Krankheiten leicht in Delirien verfalle, ob sie für Gemüthskrankheiten leicht zugänglich und zu Rührungen geneigt sei, ob sie leicht erschrecke, leicht ängstlich werde.

Danach folgt die Frage nach dem Beruf. Veranlagt derselbe direkt oder indirekt zu geistiger Erkrankung? Sind die Lebensverhältnisse günstig und ist der Unterhalt ohne grosse Anstrengung zu gewinnen gewesen? Ist die Lebensweise nüchtern und arbeitsam oder ist der Kranke zu Ausschweifungen geneigt? Ist die Ehe glücklich? Ist viel Unglück über das Haus hereingebrochen, und wie ist es getragen worden? Wie sind überhaupt die socialen Verhältnisse? Füllt die betreffende Person ihren Platz gehörig aus, ist sie geachtet, fördert sie das Allgemeinwohl, hat sie Sinn für höhere Interessen?

d) Nach Feststellung dieser allgemeinen, anamnestischen Verhältnisse erfolgt die der besonderen, auf die Krankheit bezüglichen Umstände. Dabei sind die etwa schon in den orientirenden Vorfragen gestellten Fragen noch einmal zu wiederholen.

Zunächst forsche man noch einmal nach der Ursache. Hierbei ist jedoch Vorsicht und Kritik nöthig, da von den Angehörigen gern Ursache und Wirkung verwechselt wird und die Antworten demgemäss unwillkürlich eine gewisse Tendenz annehmen. Wenn z. B. ein Kranker in der Aufregung des Vorläuferstadiums viel getrunken hat, so wird dieser Umstand gern als Ursache angeführt, ebenso ein Verlust, den ein angehender Paralytiker in Folge defekter Dispositionsfähigkeit erlitten (s. Kap. 8).

Alsdann stelle man den bisherigen Verlauf noch einmal im Zusammenhange fest. Wichtig ist der Beginn der Krankheit und ob sich diese allmälig entwickelt hat oder plötzlich und mit Bewusstseinsstörungen aufgetreten ist. Letzterer Umstand deutet meist auf eine idiopathische Gehirnerkrankung hin. Man frage auch danach, ob der Verlauf bisher ein gleichmässiger oder sich allmälig verschlimmernder gewesen, oder ob zeitweise ein Nachlass der Erscheinungen beobachtet worden ist. Ferner ist es wichtig, zu wissen, ob in dem Verhalten des Kranken zuerst eine Aenderung des Charakters oder der Stimmung oder der Intelligenz bemerkt wurde. Erstere Umstände deuten mehr auf eine affektive oder wenigstens psychoneurotische, letzterer auf eine

idiopathische Erkrankung. Doch vergesse man nicht, dass solche Charakteränderungen, die mit Intelligenzschwäche einhergehen, ebenfalls auf idiopathische Erkrankung (Paralyse, Lues) deuten. Es gehören dazu namentlich die ethischen Defekte, die sich als mangelndes Schicklichkeitsgefühl kundgeben.

Wie hat sich alsdann der fernere Verlauf gestaltet? Sind Sinnestäuschungen und Wahnideen aufgetreten und welchen Inhalts waren sie? Waren sie wechselnd oder beharrlich? Sind verkehrte Handlungen begangen worden und sind tobsüchtige Zustände hinzugetreten?

Endlich folgen die Fragen nach den *körperlichen Begleiterscheinungen*, wie Schlaf, Appetit, Ausleerungen beschaffen, wie sich die Menstruation verhalten, ob viel über Kopfschmerz, Hemikranie, Neuralgieen geklagt wurde, ob Schwindelanfälle, Lähmungen und Krämpfe vorgekommen sind.

4. Die *körperliche Untersuchung* erstreckt sich zunächst auf die allgemeinen Verhältnisse.

a) Die *Körperlänge* ist an sich natürlich von keiner diagnostischen Bedeutung, aber in Verbindung mit *Brustumfang* und *Schädelmaassen* hilft sie das Bild vervollständigen.

Bei einem gesunden, körperlich gut entwickelten Menschen soll der Brustumfang der Hälfte der Körperlänge gleichkommen, der Athmungsumfang beträgt 5—7 cm.

Die wichtigsten Schädelmaasse betragen beim Manne (bei der Frau durchschnittlich 1—2 cm weniger):

		Centimeter
der Längsdurchmesser	mit dem Tasterzirkel zu messen	18
der Breitendurchmesser		15
der Abstand der Jochbeinfortsätze .		11
der Abstand der Pori acustici . . .		12,5

der Breiten-Index (der Längsdurchmesser in das 100-fache des Breitendurchmessers dividirt)		80
der horizontale Schädelumfang	mit dem Bandmaasse zu messen	55
die Ohrhinterhauptslinie (von dem vorderen Rande des Proc. mastoideus über die Protuberantia occipitalis nach der anderen Seite)		24
die Ohrstirnlinie (von dem vorderen Rande des Porus acusticus über die Glabella zur anderen Seite)		30
der Längsumfang (von der Nasenwurzel zur Protuberantia occipitalis)		35

Die Schädelmaasse sind wichtig, weil sie in zweifelhaften Fällen oft den ersten Anhaltspunkt zu weiterer Forschung geben. Ausserdem lassen mikro- und makrocephale Schädelmaasse auf angeborenen oder in frühester Kindheit erworbenen Idiotismus schliessen, während Asymmetrie nicht selten bei Paranoikern beobachtet wird.

Auch die Verhältnisse des übrigen Skeletts sind zu beachten, ob Zeichen von Rhachitis oder sonstigen Knochenerkrankungen vorhanden sind. Man suche überhaupt nach den Degenerationszeichen.

b) Der Ernährungszustand wird am äusseren Aussehen, der Entwickelung des subcutanen Fettpolsters, der Stärke der Muskulatur und am Körpergewicht erkannt. Man achte darauf, ob die senile rückgängige Metamorphose nicht zu früh eingetreten, überhaupt darauf, ob das Aussehen dem Alter entspricht.

Das Körpergewicht giebt im weiteren Verlaufe der Krankheit wichtige Aufschlüsse. Konstant ist das Sinken desselben beim Beginn frischer Psychosen, ebenso konstant das Ansteigen bei beginnender Rekonvalescenz. Da jedoch auch mit beginnender Verblödung das Körpergewicht eine Steigerung zu erfahren pflegt, so ist letztere nur alsdann, wenn auch Zeichen der psychischen Rekonvalescenz gleichzeitig mit denen der körperlichen auftreten, von guter Bedeutung. — Man beachte ferner auch, ob tiefere trophische Störungen, z. B. Ohrblutgeschwulst, Rippenbrüchigkeit und tiefgehendes brandiges Aufliegen vorkommen.

c) Die Temperatur. Mit Ausnahme einiger idiopathischer Hirnerkrankungen, z. B. des Delirium acutum, der Paralyse, der multiplen Sklerose (episodisch) u. s. w. ist das Irresein eine fieberlose Krankheit. Dafür finden sich desto häufiger subnormale Temperaturen, z. B. bei Melancholie, bei Stupor, im terminalen Blödsinn, überhaupt in allen körperlichen Schwächezuständen. Diagnostisch wichtig ist die Beobachtung Mendel's, dass bei Geisteskranken eine bei Gesunden nicht zu beobachtende Differenz zwischen der Temperatur des äusseren Gehörganges und der Achselhöhle, so zwar, dass letztere bald höher, bald niedriger als erstere ist, vorkommt.

d) Die Cirkulation und Athmung. Bei der fast ausnahmslosen Mitbetheiligung des vasomotorischen Systems sind Cirkulationsstörungen ungemein häufig. Sie zeigen sich in Veränderungen des Pulses, welche mittels des Sphygmographen festgestellt werden. Der Typus ist der pulsus tardus, in den letzten Stadien vasomotorischer Lähmung p. monocrototardus. Man stelle ferner fest, ob psychische Erregung einen Einfluss

auf Veränderung der Pulscurve hat. Der p. tardus wird durch Erregungen mitunter zu einem p. celer, wodurch eine normale Curve vorgetäuscht werden kann. Wichtig kann es werden, festzustellen, ob Atherose der Gefässe vorliegt, was sich an dem harten gespannten Pulse und rigiden geschlängelten Schläfenarterien kundgiebt. — Die physikalische Untersuchung der Lungen darf ebenfalls nicht verabsäumt werden. — Die gynäkologische Untersuchung ist in den geeigneten Fällen gleichfalls vorzunehmen.

e) Der Zustand der Verdauungsorgane ist zu beachten. In frischen Fällen von Melancholie findet sich sehr häufig eine dickbelegte Zunge bei gänzlichem Appetitmangel, Stuhlverhaltung und raschem Kräfteverfall. In der Manie und der Paralyse ist das Nahrungsbedürfniss oft gesteigert, ohne dass jedoch das Körpergewicht sich hebt, was immer auf eine tiefe trophische Störung deutet.

f) Die Sekretionen. Sie sind theils vermindert, theils vermehrt. Salivation ist als ungünstiges Zeichen anzusehen (s. Kap. 5).

g) Die Untersuchung des Augenhintergrundes mittels des Augenspiegels ist von grosser Wichtigkeit. Der Augenhintergrund erweist sich mitunter als Index für psychische Zustände, indem Congestionen desselben mit psychischer Erregung parallel zu gehen pflegen (Ludwig und Wendt). So hat man bei Melancholie und Manie congestionirte Netzhaut und Papille gefunden (Manti). Stauungspapille ist überdies ein regelmässiger Befund bei vielen Gehirnkrankheiten, z. B. Neubildungen und Abscessen. Endlich können Netzhautveränderungen, wie sie bei chronischer Nierenentartung vorkommen, Sinnestäuschungen auslösen.

h) Die Untersuchung des Ohres. Der Zusammenhang von Krankheiten des Mittelohres und des Proc. mastoideus mit Eiterung der Meningen und Sinusthrombose ist längst nachgewiesen. Ebenso, dass letztere unter Umständen Geisteskrankheit zur Folge hat (Griesinger und L Meyer). Ferner aber werden durch Verstopfungen des äusseren Gehörganges mit Ohrenschmalz und durch Katarrhe desselben, sowie der Paukenhöhle, Gehörstäuschungen theils illusionärer, theils hallucinatorischer Natur, hervorgerufen.

i) Die Prüfung der sensiblen Sphäre (s. Kap. 6) geschieht mit der Nadel und dem elektrischen Strom.

Indem bezüglich dieses und des folgenden Punktes auf die neurologischen Lehrbücher verwiesen wird, möge nur kurz Folgendes Erwähnung finden. Steigerung der elektrischen Erregung deutet auf

Reizungsvorgänge, Verminderung auf Erschöpfungsvorgänge im Centralorgan. So hat Tigges bei Maniakalischen und bei solchen Melancholischen, welche krankhafte Sensationen darboten, erhöhte Kontraktilität, bei Blödsinnigen und Stuporösen dagegen verminderte gefunden. Die durch verminderte Erregbarkeit sich kundgebende Erschöpfung kann auf Ueberreizung oder auf weiterer Ausbreitung des Krankheitsprocesses beruhen. Man findet dann bei der Faradisation die sogenannte Entartungsreaktion des Muskels, nämlich rascheres Anwachsen der elektro - muskulären Reizbarkeit und rascheres Verschwinden derselben, als im Normalzustande.

Die Ergebnisse der Sensibilitätsprüfung sind insofern vorsichtiger aufzunehmen, als die der motorischen, weil letztere objektiv erkennbar sind, erstere aber zunächst das Bewusstsein des Kranken zu passiren haben und subjektiv verwerthet werden. Verhältnissmässig am leichtesten sind Anästhesieen und Analgesieen festzustellen, vorausgesetzt, dass der Kranke nichts verheimlicht und Intelligenz genug besitzt, sich auszusprechen. Sensibilitätsstörungen bei Paralytikern kommen nach Westphal hauptsächlich im Beginn der Krankheit vor, wenn, wie bei der tabetischen Form der Paralyse, die Leitungsbahnen erkrankt sind.

Elektrische Hyperästhesie ist bei Melancholikern, die an krankhaften Sensationen leiden, und bei Maniakalischen nachgewiesen worden (Tigges). Bei manchen Geisteskranken zeigte sich erhöhte Erregbarkeit, besonders an der Stirn (Lombroso) und den Augenlidern (Tigges). Herabgesetzte elektrische Schmerzempfindung wurde hauptsächlich bei Stuporösen gefunden. Sensorielle Hyperästhesie im Bereiche des Gehörnerven wurde bei Gehörshallucinationen von Jolly, — Uebererreglichkeit des Grosshirns gegen genau quer durch den Schädel geschickte Ströme bei Melancholikern durch Emminghaus festgestellt.

k) Die Prüfung der motorischen Sphäre. Man überzeuge sich von dem Stande der motorischen Kraft und des Muskelsinnes. Man forsche nach, ob Zittern, fibrilläre Zuckungen, Lähmungen, Krämpfe, kataleptische Starre, Kontrakturen vorhanden sind.

Man achte auf den Stand der Pupillen und die Irisreaktion. Pupillenerweiterung mit gut erhaltener Irisreaktion findet man bei Hysterie und Manie, überhaupt in allen Zuständen gesteigerter Erregbarkeit. Pupillenerweiterung bei aufgehobener Irisreaktion ist ein Zeichen des Hirndruckes und kommt im Delirium acutum, bei der Meningitis und im epileptischen Anfall vor. Pupillenverengerung mit mangelnder Irisreaktion findet man ebenfalls am häufigsten bei idiopathischen

Gehirnkrankheiten, z. B. der Paralyse, der Lues und der multiplen Sklerose.

Wichtig ist die Feststellung von Ausfallserscheinungen an den Gehirnnerven, weil dies immer auf idiopathische Gehirnkrankheit, namentlich Lues hinweist. Die Sprache und Handschrift erfordern besondere Beachtung (s. Kap. 5—7).

l) Die Prüfung der Haut- und Sehnenreflexe. Steigerung der Sehnenreflexe deutet auf ein idiopathisches Gehirnleiden. Bei Paralyse dagegen, namentlich der tabetischen Form, sind die Sehnenreflexe herabgesetzt oder fehlen ganz. Die Hautreflexe findet man in allen Erregungszuständen, namentlich auch der Hysterie, gesteigert.

m) Haltung, Gang, Miene und Blick, obgleich hier zuletzt genannt, sind doch diejenigen diagnostischen Merkmale, welche zuerst in's Auge fallen, und welche oft genug schon ein vorläufiges Urtheil erlauben. Der Affekt des Melancholikers spricht sich deutlich in dessen gebückter und in sich zurückgesunkener Haltung, in dem gesenkten Haupte, den zusammengezogenen Augenbrauen, der gefurchten Stirn, den hängenden Mundwinkeln, der Schlaffheit und Langsamkeit der Bewegung, der leisen, zögernden Sprache aus. In ausgesprochenen Fällen kann man hier die Diagnose schon auf den ersten Blick stellen. — Der Maniakalische zeigt dagegen ein aufgeschlossenes Gesicht, glatte Stirn, hellen Blick und bewegliches Mienenspiel. — Die hochmüthige Ueberhebung des Paranoikers spiegelt sich in seiner reservirten Haltung, seinen emporgezogenen Augenbrauen, seinem in den Nacken geworfenen Kopf (er trägt die Nase hoch!), seiner kurzen, befehlenden Sprache wieder. — Im Allgemeinen darf man sagen, dass der Ausdruck der Miene sowohl von der Höhe des Affektes, als auch von dem Grade der Erhaltung der Geisteskräfte überhaupt, abhängig ist. Deshalb findet man bei den oben erwähnten Formen auch am häufigsten den krankhaft-charakteristischen Ausdruck der Miene. Der in psychischen Schwächezustand versunkene Sekundär-Paranoische, der in der Intelligenz geschwächte Paralytiker lassen sich selbst durch die angenehmsten Bilder und die riesigsten Grössenvorstellungen in keinen hohen Affekt mehr versetzen und bekunden dies durch ihre gleichgiltige, höchstens etwas selbstgefällige Miene. — Der unbeweglichen Ruhe des Stuporösen, des gespannten, maskenartigen Gesichtsausdruckes des an Attonität Leidenden wurde früher schon gedacht.

Wenn im Vorstehenden unter 1—4 der Gang einer psychiatrischen Untersuchung geschildert wurde, so war damit natürlich nicht gemeint, dass eine Sitzung hinreiche, um diesen umfangreichen Thatbestand zu erheben. Vielmehr werden dazu eine ganze Reihe von Untersuchungen und zu verschiedenen Zeiten vorgenommene anamnestische Erhebungen nöthig sein, was ja auch schon daraus hervorgeht, dass ein Theil der genannten Fragen nur erst im Verlaufe der Krankheit seine Erledigung finden kann. Es hat auch zumeist gar keine so grosse Eile damit. Die dringendste Aufgabe, die dem Arzte gestellt wird, ist einestheils die Sicherung des Kranken, anderntheils die Erwägung, unter welchen Umständen, ob in dessen Behausung oder in einer Heilanstalt, am ersten Genesung zu erwarten sei. Dies zu entscheiden, genügt aber die psychologische Diagnose, und diese wird man in den meisten Fällen, wo überhaupt unzweifelhafte Geisteskrankheit vorliegt, auch ohne viel Zeitverlust zu stellen im Stande sein. Zweifelhafte Fälle aber, welche nicht sofort zu entscheiden sind, pflegen keine sehr dringlichen zu sein. — Man darf sich also bei der ersten Untersuchung mit den allgemein orientirenden Fragen und der psychologischen Diagnose nebst der körperlichen Untersuchung, soweit sie unentbehrlich ist, begnügen, das andere aber, falls nöthig, später nachholen.

Vierundzwanzigstes Kapitel.

Die Diagnose der Genesung und allgemeine Prognose.

Die Diagnose der Genesung zu stellen, ist oft ein schwieriges und stets verantwortungsvolles Geschäft.

Auch bei Geisteskranken gilt die allgemeine Regel, dass Genesung anzunehmen ist, sobald sich keine krankhaften Symptome mehr zeigen. Aber die Symptome brauchen nur zurückgetreten, nicht ganz verschwunden zu sein, und von der Tiefe des krankhaft gebliebenen Untergrundes können sie sich immer wieder auf's Neue erheben. Darum ist die weitere Forderung zu stellen, dass nicht bloss Krankhaftes beseitigt, sondern dass auch die alte geistige Persönlichkeit, mit ihren in gesunden Tagen geübten Gewohnheiten und Neigungen, wieder zum Vorschein gekommen sein müsse. Der frühere Mensch muss wieder hergestellt sein. Dies zu beurtheilen, ist für den Arzt, der letzteren nicht gekannt hat, oft eine schwierige Aufgabe. Manche Kranke verstehen es auch vortrefflich, gewisse Symptome, von denen sie wissen, dass sie ihrer Entlassung aus der Anstalt hinderlich sind, zu verheimlichen, z. B. Hallucinationen und Wahnideen.

Als ein sehr werthvolles Kennzeichen der Genesung gilt es mit Recht, wenn der frühere Kranke seine Krankheit als solche erkennt, wenn er nicht ferner noch glaubt, dass ihm Unrecht geschehen sei, und er sich dankbar für die geübte Vorsicht und genossene Pflege zeigt. Doch braucht das Fehlen dieser Zeichen andererseits noch keine Fortdauer der Krankheit zu bedeuten. Denn der Kranke hat vielleicht wirklich Recht, wenn er sich darüber beklagt, dass er nicht offen und ehrlich, sondern mit Lug und Trug in die Anstalt gebracht worden ist.

Erleichtert wird die Aufgabe durch die Kenntniss der allgemeinen Prognose.

Es giebt Formen, die nicht bloss heilbar sind, sondern auch in den meisten Fällen geheilt werden, andere, die nur in den seltensten Fällen, und wieder andere, die überhaupt nicht geheilt werden.

Die heilbaren Formen, die auch in den meisten Fällen geheilt werden, sind zumeist unter den Psychoneurosen zu suchen. Zu ihnen gehören Melancholie und Manie mit Tobsucht, solange dieses Stadium noch nicht überschritten ist. Die daraus hervorgehenden psychischen Schwächezustände, nämlich die sekundäre Paranoia und der sekundäre Blödsinn, sind ein für allemal unheilbar. Der Procentsatz dieser der Vesania typica (s. Kap. 13) angehörigen Gruppe an Heilungen beträgt ungefähr 70 %. — Das Delirium acutum zeigt etwa 30 %, der primäre Blödsinn 80—90 %, die akute hallucinatorische Verworrenheit 60 % Genesungen.

Mitunter wird geheilt die primäre hallucinatorische Paranoia, wenn nämlich, was jedoch nur sehr selten der Fall ist, die Hallucinationen wieder zum Schwinden gebracht werden. — In der Gruppe der Vergiftungspsychosen kommen gleichfalls Heilungen vor. Doch ist der Procentsatz derselben schwer zu bestimmen, da man niemals ganz sicher ist, ob man es mit einer wirklichen Genesung zu thun hat, oder ob Rückfälle zu befürchten sind. In der Gruppe der centralen Neurosen ist die choreatische Geisteskrankheit als solche, die oft, und in den organischen Psychosen sind die Paralyse und das luetische Irresein, als solche, die zuverlässigen Beobachtern zu Folge mitunter, wenn auch sehr, sehr selten zur Genesung gelangen zu bezeichnen. Letztere Krankheiten machen starke Remissionen und es kann wohl vorkommen, dass eine solche irrthümlich für Genesung genommen wird. — Auch das traumatische Irresein führt, wenn auch nur in der Minderzahl der Fälle, zur Genesung. — Encephalitische Heerde können auf operativem Wege zur Genesung gebracht werden, ein Erfolg, für den die Psychiatrie der Chirurgie zu danken hat.

Als unheilbar, wenn auch in gewissem Grade besserungsfähig, sind die angeborenen oder in frühester Jugend erworbenen Entwickelungshemmungen, also der Idiotismus, zu bezeichnen. Hier bedeutet die Besserung jedoch nicht sowohl einen Nachlass der eigentlichen Krankheitserscheinungen, als vielmehr eine Ab- und Angewöhnung durch Erziehung und Dressur. Der Erzieher leistet hier mehr, als der Arzt. — Ferner sind als besserungsfähig zu bezeichnen die meisten Formen in der Gruppe der centralen Neurosen.

Als unheilbar und auch nicht der Besserung fähig sind in der Gruppe der Psychoneurosen die sekundären Schwächezustände, ferner die Paranoia, mit Ausnahme der oben genannten hallucinatorischen, endlich die meisten Formen der organischen Psychosen zu bezeichnen.

Innerhalb der heilbaren Formen hängt die Prognose von den begleitenden Umständen ab. Hier sind zu nennen zunächst

a) Die Ursache. Erbliche Belastung kann günstige und ungünstige Bedeutung haben. Ersteres ist der Fall, wenn sich die Belastung nur in leichterer Anfälligkeit und Verwundbarkeit des Gehirns kundgiebt. Hier genügen allerdings schon geringe Veranlassungen, die Seele aus dem Gleichgewicht zu bringen. Dafür aber kehrt diese auch, falls die näheren Ursachen keine dauernden und nachwirkenden sind, desto eher wieder dahin zurück. Ist jedoch eine schwerere, äusserlich durch Degenerationszeichen und seelisch durch Charakterfehler und Intelligenzschwäche sich kundgebende, Belastung vorhanden, so gestaltet sich bei dem Ausbruch einer wirklichen Geisteskrankheit die Prognose schlecht. Es sind dies häufig die Fälle, welche man unter die Gruppen des moralischen Irreseins und der originären Paranoia zu zählen pflegt.

Erschöpfungspsychosen gewähren eine günstige Vorbedeutung, vorausgesetzt, dass die zu Grunde liegenden körperlichen Ursachen beseitigt werden können und die Herzmuskulatur nicht schon zu tief entartet ist. Deshalb verlaufen Psychosen, die im Anschluss an fieberhafte Krankheiten auftreten, ferner die Wochenbetts- und die Laktationspsychosen, meistens günstig. Dasselbe gilt vom Delirium tremens, welches jedesmal günstig, d. h. mit relativer Genesung endet, falls nicht durch Lähmung des Herzmuskels der Tod eintritt.

Ueberhaupt pflegen Geisteskrankheiten, welchen eine direkte körperliche Ursache mit zu Grunde liegt, — jedoch immer vorausgesetzt, dass es sich um kein idiopathisches Gehirnleiden handelt, — günstig abzulaufen. Dies ist z. B. der Fall bei den von den Unterleibsorganen ausgehenden Reflexpsychosen, mehr aber noch von den

neuralgisch oder sonstwie sensibel veranlagten Geisteskrankheiten, z. B. nach Supraorbital- oder Occipital-Neuralgieen.

b) Der Verlauf. Tritt rasche Genesung nach plötzlich aufgetretenen Psychoneurosen ein, so darf man auf Bestand hoffen. Sehr rasche Genesung nach einer allmälig und langsam entwickelten Krankheit ist jedoch stets verdächtig und bedeutet meist nur eine zeitweise Remission, der die Verschlimmerung auf dem Fusse zu folgen pflegt. Deshalb ist in solchen Fällen das allmälige Schwinden der Symptome die allein erwünschte Lösung. In allen affektiven Leiden ferner ist zeitweiser Wechsel der Stimmung vortheilhafter als langes, unverändertes Beharren in demselben Zustande.

Merkwürdiger Weise bringen in chronischen Fällen zufällige körperliche Erkrankungen, unter denen die Infektionskrankheiten obenan stehen, noch unerwartete Genesung. Man darf sich den Vorgang vielleicht so erklären, dass durch den fieberhaften Krankheitsprocess veraltete Ablagerungen in den Hirnhäuten eine Schmelzung und Aufsaugung erfahren.

c) Die Dauer. Die meisten Genesungen finden im ersten Halbjahre statt, im zweiten nur etwa der vierte Theil, nach Ablauf des ersten oder gar mehrerer Jahre nur noch verschwindend wenige.

d) Die Symptome. Es giebt Zustände und ominöse Zeichen, die den bösartigen Charakter des Leidens verrathen oder eine schlimme Wendung vermuthen lassen. Dahin gehören alle schweren Bewusstseinsstörungen, wie Ohnmachten, Schwindel, unbewusste, sinnlose Handlungen. Denn sie deuten entweder auf ein tiefes Ergriffensein des vasomotorischen Systems oder auf ein idiopathisches Gehirnleiden. Als Zeichen einer tiefen Bewusstseinsstörung mit theilweisem Vergessen der Persönlichkeit sind Schmieren, Kothessen, Kleiderzerreissen aufzufassen. Beim affektiven Irresein bilden sie häufig den Uebergang in sekundäre Schwächezustände. Doch kann auch noch Genesung eintreten.

Von noch schlechterer Vorbedeutung ist Intelligenzschwäche, die im Verlaufe bestehender Psychosen entweder bei schweren idiopathischen Leiden oder beim Uebergang der typischen Vesania in sekundäre Paranoia vorkommt. Ihr Eintritt ist gleichbedeutend mit Unheilbarkeit. Am ersten wird die sich vorbereitende oder bereits eingetretene Intelligenzschwäche daran erkannt, dass die Kranken anfangen, werthlose Dinge zu sammeln oder ihren Nachbarn das Essen wegzunehmen.

Wahnideen sind an sich kein schlechtes Zeichen, namentlich nicht, wenn sie im affektiven Irresein als Erklärungsversuche auftreten. Sind sie jedoch mit mangelnder Kritik und Intelligenzschwäche gepaart, wie die Grössenideen der Paralytiker, so stellen sie sehr schlechte Zeichen dar. Unerwünscht sind auch Hallucinationen. Doch klingen sie auch häufig genug ab, ohne wiederzukehren. Ihre prognostische Bedeutung ist hauptsächlich abhängig von ihrer Heftigkeit, Häufigkeit und Beharrlichkeit. Einen ominösen Charakter nehmen sie jedesmal an, wenn sie sich mit Hallucinationen anderer Sinne verbinden. Gehörs- und Geruchshallucinationen bedeuten immer ein tieferes Ergriffensein, als solche des Gesichts.

Handlungen, welche scheinbar ganz unvermittelt und unmotivirt dastehen, hinterher aber mit Gründen beschönigt werden, sind ein sehr schlechtes Zeichen. Sie deuten, ebenso wie Verkehrtheiten und Verschrobenheiten des Charakters, auf erbliche Belastung und Entartungs-Irresein. Tobsucht gehört noch in die Breite der heilbaren Formen. Die günstigste Form ist die einfach-maniakalische.

Von körperlichen Zeichen sind Lähmungen und Krämpfe von sehr übler Bedeutung. Denn sie weisen fast ausnahmslos auf idiopathische Gehirnerkrankung hin. Katalepsie dagegen kommt auch in den heilbaren Fällen des affektiven Irreseins vor. Muskelzittern an sich ist noch kein schlechtes Zeichen. Es wird vielmehr zu einem solchen erst, wenn, wie bei der Paralyse, noch andere Lähmungserscheinungen dazu treten, oder wenn es als pathognomonisches Zeichen auftritt, wie bei der multiplen Sklerose. — Pupillendifferenz hat keine ausgesprochene prognostische Bedeutung.

Unter den Störungen auf dem sensiblen Gebiet beanspruchen Neuralgieen keine, dagegen Anästhesieen und Analgesieen eine ausgesprochen ungünstige Bedeutung. Auch die schweren trophischen Erscheinungen, wie Ohrblutgeschwulst und Rippenbrüchigkeit, zeigen stets ein tiefes, mit Tod oder Verblödung endigendes Leiden an. Zähneknirschen und Speichelfluss sind als direkte Hirnreizsymptome ebenfalls ominöse Zeichen. Ersteres findet sich in den vorgeschrittenen Stadien der Paralyse, letzteres kündigt häufig den Uebergang in sekundäre Paranoia an.

Die Wiederkehr der ausgebliebenen Menstruation ist stets ein erwünschtes Zeichen. Denn sie bedeutet mindestens eine Besserung in den vegetativen Verhältnissen des erkrankten Organismus. Nicht selten aber ist sie auch wirklich Vorausverkünderin der Genesung, die ihr auf dem Fusse folgt.

Die Miene lässt den Zustand der Seele oft deutlicher, wie alle andern Zeichen erkennen. Sie hellt sich auf, wenn der die Seele belastende Druck sich mildert, sie wird trübe, starr und nichtssagend, wenn die kommende Verblödung ihren Schatten vorauswirft.

Fünfundzwanzigstes Kapitel.

Die gerichtliche Begutachtung. Die Diagnose der Simulation.

Die gerichtsärztliche Begutachtung eines wirklichen oder vermeintlichen Geisteskranken ist irrenärztliche Diagnostik, angewandt auf gewisse Fragen der Rechtspflege.

Die Fragen, um welche es sich hier handelt, sind in der Straf. rechtspflege die nach der Zurechnungsfähigkeit, und im Civilrecht die nach der Dispositions- oder Verfügungsfähigkeit eines Menschen. Die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit lautet: Darf dem Angeschuldigten die That zugerechnet werden, — die nach der Verfügungsfähigkeit lautet: Kann der p. p. selbstständig in seinen Angelegenheiten verfügen? Die Zurechnungsfähigkeit ist eine passive, die Verfügungsfähigkeit eine aktive Eigenschaft. Praktisch wichtig kann auch die Frage nach der Ursache und dem Zeitpunkte der beginnenden Erkrankung werden.

Streng genommen sind Zurechnung und Verfügungsfähigkeit rein richterliche Fragen. Der Richter allein hat zu entscheiden, ob einem Angeklagten seine That zuzurechnen sei, und ob Jemand über seine Angelegenheiten, soweit sie vermögensrechtliche oder andere wichtige, bürgerliche Dinge betreffen, selbstständig verfügen dürfe oder nicht. Der Arzt hat nur das Material zu der richterlichen Entscheidung, soweit es sich um die Beurtheilung des Gesundheitszustandes des betreffenden Menschen handelt, herbeizuschaffen. Praktisch gestaltet sich allerdings die Sache mitunter so, dass der Richter auch die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit oder Verfügungsfähigkeit dem Arzte überlässt. Letzterer wird jedoch immer besser daran thun, die Beantwortung der Frage in dieser Form abzulehnen und sich ganz auf das ärztliche Gebiet zurückzuziehen.

Die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit ist im Wesentlichen keine andere, als die nach Geistesgesundheit oder Geisteskrankheit zur Zeit der That. Wird letztere festgestellt, so ist zugleich meist auch die nach der Zurechnung, und zwar in verneinendem Sinne entschieden. Die Fassung des deutschen Strafgesetzbuches, wonach eine strafbare Handlung nicht vorhanden ist, wenn der Thäter zur Zeit

der That sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, lässt allerdings erkennen, dass es nach der Meinung des Gesetzes auch Geisteskrankheiten giebt, durch welche die freie Willensbestimmung nicht, wenigstens nicht ganz, ausgeschlossen ist. In der That entspricht dies auch dem wahren Sachverhalte. Gesundheit und Krankheit sind nicht immer streng von einander geschieden. Die Fälle, wo sich Geisteskrankheit und aufgehobene Zurechnungsfähigkeit ohne Weiteres decken, sind die unverkennbaren, typischen Formen von Irresein, welche der Beurtheilung keine erheblichen Schwierigkeiten in den Weg zu legen pflegen. Ausser diesen aber giebt es noch zahlreiche Uebergänge zwischen gesundem und krankem Seelenleben, namentlich in der breiten Schicht der erblich oder sonst wie organisch Belasteten, zweifelhafte Zustände, die dem Begutachter die grössten Schwierigkeiten bereiten können. Bei solchen Persönlichkeiten ist der Grad der Einsicht und der Willensenergie, welche sie dem verbrecherischen Vorsatze entgegen zu setzen haben, schwer oder gar nicht abzuschätzen. Man kann nur sagen: das Individuum ist einem Vollsinnigen nicht gleich zu setzen, andererseits aber ist es in seinen Entschlüssen nicht so gefesselt, wie der typische Geisteskranke, — seine Einsicht und seine Willenskraft sind gemindert. Dieser Minderung der geistigen Qualitäten müsse auch eine Minderung der juristischen Zurechnung entsprechen, — eine Forderung, die in der That auch von vielen Irrenärzten erhoben wird.

Bei der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit handelt es sich darum, festzustellen, ob der Angeschuldigte zur Zeit der That, also zu einer vor der ärztlichen Untersuchung gelegenen Zeit, krank gewesen ist. Es ist demnach eine nachträgliche Diagnose zu stellen, die oft dadurch sehr schwierig wird, dass der Angeschuldigte schon wieder genesen ist und keine krankhaften Zeichen mehr aufweist. Das allerwichtigste Mittel zur Beurtheilung, nämlich die Untersuchung des Kranken und die Beobachtung der Symptome, wird dadurch hinfällig. Man ist also hier auf die immerhin unvollständige Anamnese, soweit sie durch die Akten dargeboten wird oder sonst wie ermittelt werden kann, angewiesen.

Bei der Frage nach der Verfügungsfähigkeit ist die Aufgabe des Arztes meist leichter. Denn hier liegt ihm der fragliche Geisteszustand jedesmal selbst vor, er kann ihn nach den Regeln der Wissenschaft untersuchen und braucht sich nicht ganz allein auf die anamnestischen Angaben zu verlassen. Dafür ist hier die prognostische Bedeutung des ärztlichen Gutachtens grösser. Die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit hat es mit der Vergangenheit, die nach der

Verfügungsfähigkeit mit der Gegenwart und Zukunft zu thun. Erstere lautet: War Geisteskrankheit vorhanden? — letztere: Ist Geisteskrankheit vorhanden und wird sie weiterhin vorhanden sein? Ferner erhebt sich oft die Frage nach der muthmasslichen Dauer, da die völlige Entmündigung eines Kranken bei einer rasch zur Genesung führenden, akuten Geisteskrankheit vielleicht nicht in seinem Interesse liegt. Endlich ist auch bei Wiederaufhebung der Entmündigung die Frage zu entscheiden, ob der Entmündigte wieder verfügungsfähig sei. Es muss also die Diagnose der Genesung gestellt werden. Es ist nicht immer nöthig, dass hier die Genesung eine vollkommene sei, man darf sich vielmehr mitunter auch mit einer relativen Genesung begnügen. Wer noch den Grad von Intelligenz besitzt, den Stand seiner Geschäfte zu überschauen, wer frei von krankhaften Affekten, imperativen Hallucinationen und beherrschenden Wahnideen ist, wer sich unauffällig in der Gesellschaft bewegt und einen soliden Lebenswandel führt, dem darf man die Führung seiner rein persönlichen Angelegenheiten unter Umständen wohl gestatten, selbst, wenn er noch Wunderlichkeiten, Verkehrtheiten und andere Krankheitsreste darbieten sollte. Hier ist natürlich genaues Individualisiren und kritische Beurtheilung der besonderen Verhältnisse, in welche der bisher Entmündigte zurückkehrt, von grösster Wichtigkeit.

Die gerichtsärztliche Untersuchung des Geisteszustandes eines Menschen erfolgt nach denselben Regeln, als eine zu Heilzwecken unternommene. Das einzige Ziel, hier wie dort, ist, zur Diagnose zu gelangen Doch mag dabei noch auf folgende Punkte aufmerksam gemacht werden. Ein sehr wichtiger Theil der Anamnese ist in den Akten enthalten. Ja, häufig ist ausserhalb derselben überhaupt nichts bezüglich der Anamnese zu erfahren. In jedem Falle also bildet der Akteninhalt eine Hauptgrundlage des Gutachtens. Nun ist es selbstverständlich erlaubt, unter Umständen sogar geboten, den in dieser oder jener Hinsicht unvollständigen Akteninhalt durch direktes Nachfragen bei den Angehörigen oder anderen Zeugen zu ergänzen und zu berichtigen. Hierbei muss jedoch mit grösster Vorsicht verfahren werden. Der Arzt muss vollkommen unbefangen in seinem Urtheil, durch keine vorgefasste Meinung beengt, an dieses Geschäft gehen. Denn sonst läuft er Gefahr, wie dies unerfahrenen oder subjectiv befangenen Gerichtsärzten mitunter geht, seine eigenen Voraussetzungen aus den Zeugen herauszufragen. Finden sich erhebliche thatsächliche Widersprüche zwischen den in den Akten enthaltenen und von ihm selbst erhobenen Zeugenaussagen, so hat er unverzüglich dem Richter Mittheilung zu machen, damit die Wahrheit ermittelt werde. Keinesfalls

aber darf er, wie dies gleichfalls bei allzu eifrig ihre vorgefasste Meinung befolgenden Gerichtsärzten vorgekommen ist, seine eigenen Erhebungen an Stelle des Akteninhalts setzen und letzteren in diesen Stücken einfach ignoriren.

Ein Theil der Anamnese ist von dem zu Untersuchenden selbst zu geben. Hier ist nun das Verhalten des Arztes von grosser Wichtigkeit. Er muss im Stande sein, sich sofort das Vertrauen des Kranken zu erringen oder wenigstens dessen Misstrauen zu begegnen, und er muss zu fragen verstehen. Bei Angeklagten, die auf ihre Zurechnungsfähigkeit zu untersuchen sind, kommen diese Dinge weniger in Betracht, als bei zu Entmündigenden. Der erstere hat keinen Grund, sich einer Massregel zu widersetzen, die den Erfolg haben kann, ihn ausser Verfolgung zu setzen. Aber letzterer weiss, dass es sich darum handelt, ihm gewisse Rechte zu entziehen und ihn so, seiner kranken Auffassung gemäss, zu benachtheiligen. Zunächst kommt viel darauf an, wie der Arzt sich einführt. Man lasse sich nicht auf Winkelzüge ein, täusche keine Absichten vor, die man nicht hat, sondern stelle sich einfach als Arzt vor, der einen gerichtlichen Auftrag zu erfüllen habe, lasse sich aber alsdann auch durch kein Poltern und keine Drohungen einschüchtern. Als Zweck der Untersuchung mag man immerhin erklären, der p p. werde für krank gehalten und bedürfe der Hilfe. In den allermeisten Fällen wird sich dann dessen Aufregung legen und er wird willig Rede und Antwort stehen. Die Kunst zu fragen, kann nicht gelehrt werden. Sie ist eine Sache des natürlichen Taktgefühls und erworbener Geschicklichkeit. Oft empfiehlt es sich, nicht sofort mit der Thür in's Haus zu fallen, sondern zuerst eine allgemeine Unterhaltung zu pflegen, bei der man sich dem Ziele nach und nach nähert. Zweierlei Dinge machen die meisten Menschen redselig, nämlich, wenn man sie auf ihren Gesundheitszustand oder auf ihr Geschäft zu sprechen bringt. Die vorher eingezogenen Erkundigungen werden auch dem Arzte Anknüpfungspunkte genug geben, z. B. wie er vorhandene Wahnideen vorsichtig verwerthen kann.

Bei der Abfassung der Gutachten kann man entweder deduktiv oder induktiv verfahren. Bei der ersten Methode erklärt man die Einzelerscheinungen aus dem Gesammtbilde. Sie erweist sich in den einfachen Fällen nützlich, wo man es mit allgemein anerkannten typischen Formen von Psychosen zu thun hat. Die That erklärt sich dann als ein Symptom der gerade vorliegenden Krankheit. Diese Methode ist sehr beweiskräftig und pflegt auf Richter und Laien den grössten Eindruck zu machen. In zweifelhaften Fällen jedoch kann sie nicht angewandt werden. Hier erscheint vielmehr die induktive

Methode am Platze. Man trägt die Einzelheiten zusammen und konstruirt aus ihnen das Gesammtbild. Dasselbe ist hier nicht das einer typischen Krankheit, sondern gewisser atypischer, zum Theil inkongruenter Zustände, welche zusammengestellt nur das allgemeine Urtheil gestatten, ob der zu Untersuchende geistig abnorm beschaffen sei, oder ob die ermittelten Thatsachen zu solcher Annahme noch der hinreichenden Beweiskraft ermangeln.

Welche Methode man aber auch wählen möge, — stets sei das Gutachten klar und wahr. Man begutachte deshalb nicht eher, bis man seiner Sache, soweit möglich, gewiss ist. Niemals lasse man sich zu voreiligen Urtheilen drängen. Hat die zur Beobachtung gegebene Zeit nicht hingereicht, so suche man um Verlängerung der Frist nach. Kann man aber in schweren und zweifelhaften Fällen zu keinem Urtheil gelangen, so scheue man sich nicht, dies auszusprechen und belaste sein Gewissen nicht mit einer Verlegenheitsdiagnose. Man bemühe sich auch, klar, einfach und deutlich zu sprechen und bringe die der Beurtheilung des Richters zu unterbreitenden Thatsachen logisch geordnet, im Zusammenhange vor, sodass sich der Richter ein Bild machen kann, — nicht aber als lose Theile, denen das geistige Band fehlt.

Die Fehler, vor denen sich der psychiatrische Sachverständige zu hüten hat, sind die schon bei der allgemeinen Diagnostik erwähnten. Er hüte sich, an einem einzelnen Zeichen, hier vor Allem der That selbst, das Vorhandensein einer Geisteskrankheit beweisen zu wollen, sondern suche jedesmal nach anderen Symptomen. Höchstens als beweisverstärkend darf die Art und Weise, wie die That vollbracht wurde, herangezogen werden. Alsdann nehme er sich vor metaphysischen Erörterungen, z. B. vor Vertiefungen in die Fragen der Willensfreiheit in Acht und halte sich unverrückt das einzige Ziel vor Augen, nach welchem der Gerichtsarzt zu trachten hat, nämlich Geisteskrankheit oder Geistesgesundheit nach klinischer Methode zu erweisen. Vor so groben Irrthümern, wie der, dass aus der Einsicht des Thäters in sein Thun und dessen mögliche Folgen die Geistesgesundheit desselben hervorgehe, Irrthümern, welchen Laien sehr häufig unterliegen, wird jeder auch nur halbwegs psychiatrisch unterrichtete Arzt geschützt sein.

Zwei wichtige Fehlerquellen muss der Gerichtsarzt noch vermeiden, nämlich die Simulation und die Dissimulation. Der Verbrecher, der Dienstpflichtige simulirt, um für geisteskrank, der zu Entmündigende und der Kranke, der aus der Anstalt entlassen sein will, dissimulirt, um für geistesgesund zu gelten.

Dissimulationen sind bei einiger Aufmerksamkeit leicht zu entdecken. Meist wird nur das eine oder andere Symptom dissimulirt, z. B. Hallucinationen oder Wahnideen. Aus dem Umstande, dass andere begleitende Symptome noch bestehen, kann man oft unschwer das wahre Verhältniss durchschauen, z. B., wenn ein Kranker Wahnideen nur in Worten ableugnet, in Handlungen aber nach wie vor kundgiebt, — oder wenn ein Melancholiker den Affekt, den man ihm noch vom Gesicht ablesen kann, in Abrede stellt und völliges Wohlbefinden vorzuspiegeln versucht.

Simulationen sind im Grunde viel seltener, als Laien anzunehmen geneigt sind. Am häufigsten werden sie noch, wie es scheint, von geriebenen Verbrechern geübt, welche hoffen dürfen, zur Beobachtung in eine Irrenanstalt, von wo aus die Entweichung leichter zu bewerkstelligen ist, überführt zu werden. Doch kommt es auch vor, dass Geisteskranke ausserdem noch simuliren, lediglich aus dem krankhaften Drange zu Lug und Täuschung. Namentlich gilt dies von erblich belasteten Personen, welche moralisches Irresein darbieten. Die simulirenden Uebertreibungen vieler Hysterischen sind gleichfalls bekannt.

Für den Sachverständigen bietet die Diagnose der Simulation, vorausgesetzt, dass ihm die nöthige Beobachtungszeit zu Gebote gestanden, meist keine Schwierigkeiten. Auf die Länge wenigstens ist der Simulant gar nicht im Stande, eine Geisteskrankheit vorzutäuschen, theils, weil er das nachzuahmende Krankheitsbild überhaupt nicht genau kennt, theils, weil ihm zur Durchführung der Rolle die nöthigen Kräfte fehlen.

Folgende Punkte sind hauptsächlich zu beachten:

1. Das Irresein besteht nicht aus einem einzelnen Symptom, auch nicht aus einem losen Nebeneinander mehrerer Symptome, welche beliebig kommen und gehen, sondern es ist ein psychisch-somatisches Leiden, das aus bestimmten Ursachen sich gesetzmässig entwickelt und verläuft.

2. Der Simulant kann deshalb vielleicht das eine oder andere Symptom eine Zeit lang vortäuschen, aber niemals wird ihm dies auf die Dauer mit dem Gesammtbilde gelingen.

3. Namentlich ist er nicht im Stande, die somatischen Symptome beizubringen. Die vasomotorischen Störungen liegen fast ganz ausser dem Bereiche seines Könnens. Auch die Körpergewichtsabnahme kann er nicht erzwingen, selbst wenn er sich längere Zeit zureichender Nahrung enthalten sollte. Das ist ein sehr wesentliches Merkmal, an dem die Simulation akuten Irreseins ohne Weiteres schon erkannt wird. Auch den Schlaf kann er sich auf längere Zeit nicht entziehen.

Lähmungen in Begleitung psychischer Symptome werden wohl nur selten vorgetäuscht. Dagegen wird gern Epilepsie simulirt und es lässt sich nicht leugnen, dass es Simulanten giebt, die es hierin zu grosser Fertigkeit gebracht haben. Man lege dabei aber nicht zuviel Werth auf die typischen Krampfanfälle, die überdies gern in Abwesenheit des Arztes producirt werden, sondern sehe nach den psychischen Symptomen des epileptischen Irreseins.

Vor allem aber fällt es dem Simulanten schwer, den zu dem simulirten Leiden gehörenden, mimischen Gesichtsausdruck, z. B. den des Melancholikers oder des Blödsinnigen lange fest zu halten.

4. Auch das psychische Einzelsymptom vorzutäuschen, kann der Simulant nicht lange durchführen. Den Tobsüchtigen zu spielen z. B. muss er bald aufgeben, weil ihm nicht, wie dem wirklich Tobsüchtigen, das Ermüdungsgefühl abgeht. Er muss also entweder bald damit aufhören oder lange Pausen machen, um die Kräfte durch Ruhe und Schlaf zu stärken, was mit dem typischen Krankheitsbilde gar nicht übereinstimmt. Aehnlich verhält es sich mit allen anderen Leistungen auf diesem Gebiete, mit der Vorspiegelung eines Affektes, was nur selten, oder des Stupors, was häufiger vorkommt. Daher kann man bald merken, dass der Simulant nur „arbeitet", wenn er sich beobachtet weiss.

5. Der Simulant kennt nur sehr selten das Krankheitsbild aus eigener Anschauung, dichtet sich vielmehr aus seiner Phantasie ein solches zusammen. Die Züge entsprechen alsdann aber nicht der Erfahrung. Der Simulant übertreibt und mischt falsche Farben mit unter. Er will z. B. den Verrückten, den Narren spielen und stellt sich an, als ob er die an ihn gerichteten Fragen nicht verstehe oder die vor ihm stehenden Personen nicht erkenne. Er weiss eben nicht, dass Perception und Apperception in diesen Formen nicht in solcher Weise gestört sind. Oder er giebt auf Fragen zwar Antworten, welche erkennen lassen, dass er ganz bei Besinnung ist, schwatzt aber nebenbei wirren Unsinn durcheinander, wie er in Zuständen mit erhaltenem Bewusstsein überhaupt nicht producirt wird.

6. Einzelne kleine Züge helfen gelegentlich die Diagnose sichern. So vermeidet es der, welcher Tobsucht simulirt, sehr wohl, sich wehe zu thun, und ein kothschmierender Simulant weiss es so einzurichten, dass er selbst möglichst wenig belästigt wird, er schmiert sparsam und nicht mit der unbefangenen Rücksichtslosigkeit des Paralytikers.

Beachtet man diese Punkte, so wird man in seinem Urtheil kaum fehlgehen. Freilich aber soll man sich stets gegenwärtig halten, dass Geisteskrankheiten häufig auch, namentlich bei Belasteten, atypisch verlaufen, und soll deshalb nicht allzuviel Werth auf Nichtüber-

einstimmung der Symptome mit den klassischen Krankheitsbildern legen. Die individuellen Verschiedenheiten sind so gross, dass jeder Fall seine eigenen Züge aufweist und keiner dem anderen gleicht, auch wenn er derselben Gruppe angehört. Deshalb achte man hauptsächlich auf die etwa dargebotenen Elementarformen, und prüfe diese auf ihre Naturwahrheit.

Wichtig ist es für den Arzt, sich von vornherein mit dem der Simulation Verdächtigen auf den richtigen Fuss zu stellen. Das Verhältniss sei das des Arztes dem wirklichen Kranken gegenüber. Er vermeide es, demselben seinen Verdacht merken zu lassen, damit sich nicht ein Wettstreit, wer den andern zuerst überlisten könne, entspinnt. Ruhig und unbefangen beobachte er die Gesammtpersönlichkeit, fälle nach bestem Ermessen sein Urtheil, und sage es alsdann, wenn es auf Simulation lautet, dem Simulanten auf den Kopf zu, lasse sich auch in keine weiteren Erörterungen mit ihm ein.

Folgende Gutachten werden die Gesichtspunkte, nach denen bei Abfassung gerichtlicher Gutachten zu verfahren ist, noch näher beleuchten.

Erstes Gutachten. Frage nach der Zurechnungsfähigkeit.

Dem Amtsgerichte zu B. beehre ich mich das erforderte Gutachten über Frau H. ergebenst wie folgt, zu erstatten.

Thatsächliches.

Frau H. geb. H, 26 Jahre alt, Schreibersfrau, wurde wegen Geistesstörung auf ein Attest des Dr. W. zu B. am 21. August 18 . . in das hiesige St. Jürgen-Asyl aufgenommen.

Kurze Zeit vorher, nämlich vom 1. August an, hatte Frau H. verschiedene betrügerische Handlungen ausgeführt, namentlich Waaren auf falsche Namen aufholen lassen, in Folge dessen auch der Verdacht auf Simulation rege geworden war.

Aus der Vorgeschichte geht hervor, dass eine Tante, nämlich die Schwester des Vaters, ebenfalls geisteskrank gewesen ist. Auch der Grossvater hat Anlage zur Melancholie gezeigt. Sonst ist erbliche Belastung nicht nachzuweisen. Bis zu ihrer im Februar 1891 erfolgten letzten Entbindung ist Frau H. selbst immer gesund gewesen. Sie wird als eine heitere, lebenslustige und aufgeweckte Person geschildert. Seit der erwähnten Entbindung, wobei sie angeblich viel Blut verloren hat, soll sich jedoch ihr Wesen verändert haben. Sie selbst giebt an, dass sie seitdem einen dumpfen Druck in den Schläfen empfunden habe und vergesslich, zeitweise sogar verworren gewesen sei. Ihre Stimmung sei dabei meist nieder-

gedrückt, die frühere Heiterkeit ganz geschwunden gewesen. Auch habe sie schlecht geschlafen und sei namentlich durch schreckhafte Träume geängstigt worden. Nur mit grösster Anstrengung habe sie ihren häuslichen Pflichten nachkommen können. Wir werden auf diese Umstände, die von grosser Wichtigkeit sind, weiter unten wieder zurückkommen. Der behandelnde Arzt Dr. W. hatte die Kranke am 10. August zuerst wiedergesehen. Bei diesem Besuche hatte ihm die Kranke erzählt, ihr Mann werde in Kurzem ein grosses ihnen gehöriges Landgut beziehen, Frauenstimmen hätten es ihr zugeflüstert, in 3 Wochen müsse sie mit ihrer Garderobe fertig sein. Ehe sie aber das Gut bezöge, müsse sie ihrer Gesundheit wegen noch eine Badereise machen. Bei späteren Besuchen fand der Arzt auch Unklarheit in der Unterhaltung und es fiel ihm auf, dass die Kranke häufig bei offenen Thüren sass, was er auf Gehörshallucinationen zurückbezog.

Die Kranke zeigt sich als eine Person von mittlerer Grösse, schlanker Figur und ziemlich gutem Ernährungszustande. Erkrankungen innerer Organe werden nicht gefunden. Doch berichtet Herr Dr. W., dass Endometritis, d. h. chronischer Catarrh der Gebärmutterschleimhaut, bestände. Ihr Gesichtsausdruck hat etwas Starres und Gespanntes, die Augen sind glänzend, die linke Pupille ist grösser als die rechte Es ist ein Zustand leichter Verworrenheit vorhanden. Die Kranke weiss wohl ungefähr, wo sie ist und mit wem sie spricht, kann sich aber augenscheinlich über ihre Lage und den Zweck ihres Hierherkommens nicht genügend orientiren. Sie spricht erregt und zeigt eine gewisse Unruhe. Doch ist sie willig und lässt sich leicht in's Bad und zu Bett bringen. Bald nachher fragt sie, ob ihr Koffer bereit sei, sie wolle auf ihr Landgut. Der Appetit wird als ziemlich gut, die Menstruation als sehr unregelmässig angegeben. Trotz eines Schlafmittels verlief die nächste Nacht schlecht. Am Tage sprach die Kranke wieder viel von ihrem Landgute. Nach ihrer Aufholerei befragt, ist sie einigermassen überrascht, sagt, sie könne sich nicht recht besinnen, giebt aber schliesslich an, sie erinnere sich, einen Hut Zucker auf den Namen ihres Mannes bestellt zu haben. Von den sonstigen Betrügereien will sie Nichts wissen, giebt jedoch zu, dass sie polizeilich vernommen worden sei. Ueberhaupt ist die Erinnerung an die Ereignisse während der der Einlieferung vorangegangenen Wochen nur verworren und lückenhaft. So erinnert sie sich zwar der Besuche des Herrn Dr. W., weiss aber Nichts davon, dass auch Herr Dr. D. bei ihr gewesen ist. Durch weitere Fragen gedrängt, erklärt sie schliesslich, es wäre wohl möglich, dass sie die Sachen

habe aufholen lassen, sie habe sich doch für das Landgut und die Badereise equipiren müssen. Das Alles kommt aber traumhaft heraus, als müsse sie ihre Erinnerung aus weiter Ferne hervorholen.

In den nächsten Tagen trat Besserung ein. Die Kranke wurde ruhiger und besonnener, die Idee von dem Landgute bezeichnete sie selbst als dummes Zeug, das sie sich eingebildet habe. Aber schon am 26. August trat ein Rückfall ein. Die Kranke sprach wieder von ihrem Landgute, ganz genau, wie im Anfange der Krankheit, meint, ihr Mann sei schon dort, will zu ihm reisen und dergleichen. Bemerkenswerth ist, dass dieses Mal zugleich leichte Reizerscheinungen des Unterleibs, nämlich Empfindlichkeit bei Berührung, Auftreibung und Stuhlverstopfung, verbunden mit Fieber auftraten. Mit Eintritt der Menstruation erfolgte Besserung, die seitdem anhaltend geblieben ist. Schon am 15. Oktober konnte die Kranke genesen entlassen werden Etwas Benommenheit des Kopfes war zwar ihrer Aussage nach zurückgeblieben. Aber der Verstand war vollkommen klar, die Gehörstäuschungen waren nicht wiedergekehrt und die Wahnidee wurde als solche erkannt.

Nur die Erinnerung an die Vorgänge während ihrer Krankheit, namentlich in den letzten Wochen, war getrübt und wird es voraussichtlich auch bleiben. Es sei ihr unbegreiflich, sagt die Kranke, wie sie solche Dinge habe glauben und ausüben können.

Gutachten.

Es handelt sich hier hauptsächlich um zwei Fragen:

1. War Frau H. während ihres Aufenthalts im St. Jürgen-Asyl geisteskrank oder nicht?
2. Im Bejahungsfalle, wie lange vor Einlieferung in die Anstalt hatte die Krankheit schon gedauert, beziehungsweise, war die Kranke schon zur Zeit der Begehung der Strafthaten, Anfang August, geistig gestört gewesen?

Die erste Frage lässt sich leicht erledigen. Es ist gar kein Zweifel, dass wirklich Geisteskrankheit vorgelegen hat, und zwar ist der Zustand als sogenannte primäre hallucinatorische Verworrenheit aufzufassen Bei dieser Krankheitsform ist hauptsächlich das Vorstellungsgebiet betroffen, die logische Ideenverknüpfung und das Erinnerungsvermögen leidet, der Kranke geht wie im Traum und ist, wenn er sich auch äusserlich noch zu beherrschen vermag, seiner selbst nicht Herr. Treten dazu, was sehr häufig der Fall ist, Sinnestäuschungen, namentlich Gehörshallucinationen, so wird der Vorstellungsinhalt überdies noch gefälscht, objectiv falsche, mit-

unter ganz fremdartige Vorstellungen drängen sich in den gewohnten Ideenkreis ein und nehmen den Verstand noch mehr gefangen. Die Ursache solchen Leidens wird sehr häufig in anderen Organen, namentlich den Unterleibsorganen gefunden. Löst sich später der das Gehirn belastende Druck, so wird auch der Geist wieder freier, und Genesung mit oder ohne vollkommene Rückerinnerung tritt ein. So ist auch hier der Verlauf gewesen. Die Ursache aber der sich langsam vorbereitenden Geisteskrankheit darf man ungezwungen in Störungen des Geschlechtsapparates, die von der letzten Entbindung herrührten, suchen. Das Bild ist klar, typisch und lässt keine wesentlichen Züge vermissen. An Simulation kann dabei nicht im Entferntesten gedacht werden.

Die zweite Frage, nach der Dauer der Krankheit, ist hierdurch zum Theil schon mitbeantwortet. Das Leiden hat sich allmälig, schon von der Entbindung im Februar her, vorbereitet. Die Kranke selbst giebt an, sie habe sich seitdem stets dumpf im Kopfe gefühlt und die gewohnte Heiterkeit sei verschwunden gewesen. Desgleichen sagt der Ehemann aus, ihm sei seit dem letzten Wochenbett seiner Frau Verschiedenes aufgefallen, was darauf hingedeutet habe, dass sie schon die ganze Zeit nicht mehr recht gesund gewesen sei. Das Wochenbett sei keineswegs normal verlaufen. Wenn andere Zeugen solches sagten, so wüssten sie es nicht besser. Seine Frau habe bei der Geburt viel Blut verloren. Später habe sie in unregelmässigen Zwischenräumen Tage lang Kopfweh gehabt und Nachts unruhig geschlafen. Die Wirthschaft habe sie nicht mehr so gut geführt wie sonst. Wenn er nach Hause gekommen, sei sehr oft das Essen noch nicht fertig gewesen.

S. 68 der Akten heisst es dann mit Bezug auf die in Rede stehende Zeit noch einmal: „Meine Frau zeigte sich sehr vergesslich.“ Auch dem Dr. W. hat der Zeuge schon ähnliche Angaben gemacht.

Bemerkenswerth ist auch die fernere Aussage des Ehemannes, seine Frau, um die Aufholerei von ihm befragt, habe geantwortet, sie wisse nicht, was er ihr da sagte, und dass er Nichts aus ihr habe herausbringen können.

Es liegt kein Grund vor, diese Angaben der allerdings zunächst interessirten Personen zu bemängeln, da sie mit den Erfahrungen der Irrenärzte über die Entstehung solcher Leiden ganz und gar übereinstimmen.

Auch der Zeuge H., Vater der Frau H., sagt aus, schon seit dem letzten Wochenbett sei es ihm aufgefallen, dass sie nicht ganz richtig sei, eine Bemerkung, die er auch seiner anderen Tochter mitgetheilt habe. Frau H. habe ein stilles und in sich gekehrtes

Wesen gezeigt, so dass er nur habe annehmen können, dass eine Anlage zur Melancholie, die auch sein Vater in erheblichem Maasse besessen habe, vorliege. Was die Strafhandlungen anlange, so könne er sich nicht denken, dass sie bei vollem Verstande begangen seien.

Die Schwester der Beschuldigten führt gleichfalls aus, letztere sei anders gewesen, als sonst, sie sei zurückhaltend gewesen und habe einen besonderen Blick gehabt.

Gegenüber den positiven Zeugnissen dieser Personen, die mit der Beschuldigten intim umgingen und Wesen, Natur und Benehmen derselben genau kennen, fallen negative Zeugnisse derjenigen, welche in keiner näheren Verbindung mit ihr gestanden haben, nicht schwer in's Gewicht. Beginnende, selbst schon weit vorgeschrittene Geisteskrankheit braucht gar keine auffallenden Formen anzunehmen, sondern kann lange, selbst vom Arzte, übersehen werden, bis eine aus dem geordneten Gleise heraustretende auffällige Handlung oder irre Reden sie offenbar machen. Wie wenig negative Zeugnisse positiven gegenüber in's Gewicht fallen, namentlich wenn sie in Wahrnehmungen unsachverständiger Zeugen bestehen, davon geben die Aussagen der Zeuginnen R. und S ein treffendes Bild. Dr. W bekundet mit Bestimmtheit, dass eine Endometritis vorgelegen habe während die Wochenfrau S Nichts davon gemerkt hat und die Hebamme R. sich gar so weit versteigt, zu behaupten, eine Entzündung sei nicht eingetreten. Dass die Zeuginnen die Diagnose nicht gestellt haben, daraus kann ihnen kein Vorwurf gemacht werden. Aber ihr Zeugniss wird dadurch nicht brauchbarer.

Hat sich demnach die Geistesstörung der Beschuldigten seit Februar allmälig entwickelt und ist sie kurz nach den Strafthaten manifest geworden, so kann es keinem Zweifel unterliegen, dass letztere im Zustande geistiger Störung begangen worden sind. Denn lichte Zwischenzeiten (lucide Intervalle) von der Form, dass eine an Verworrenheit leidende und mit Wahnideen behaftete Kranke plötzlich geistesklar wird, in diesem Zustande Strafthaten begeht und hinterher wieder in Verdunkelung des Geistes zurücksinkt, giebt es nicht.

Obgleich hiermit auch die zweite Frage, Absatz 2, im bejahenden Falle entschieden und die Aufgabe gelöst ist, möge doch noch auf folgende Punkte hingewiesen werden.

Es ist die Meinung ausgesprochen worden, wenn es auch feststehe, dass die Beschuldigte nach Begehung der Strafthaten geisteskrank gewesen sei, so sei doch die Vermuthung gerechtfertigt, dass sie erst in Folge derselben durch Gewissensbisse und Furcht vor

Strafe erkrankt sei. Dem wäre zunächst entgegenzuhalten, dass der ganze Verlauf des Leidens seit der Entbindung, wie er sich dem Auge des Sachverständigen darstellt, für solche Krankheitsformen typisch ist und keiner weiteren Erklärungen bedarf. Ferner entspricht die Krankheitsform in keiner Weise einem durch heftige Gemüthsbewegungen entstandenen sogenannten affektiven Irresein. Es müsste alsdann eine Melancholie mit Angstaffekten oder tobsüchtigen Ausbrüchen vorgelegen haben, was nicht der Fall war. Ganz im Gegentheil hat die Kranke den möglichen Folgen ihrer Strafthaten mit einer gewissen krankhaften Gelassenheit und Gleichgültigkeit entgegengesehen. Sie war wohl etwas bestürzt bei der Entdeckung, aber sicher mehr über die Vereitelung des schönen Planes, als aus Furcht vor Bestrafung. Höchstens, dass ihr die unausbleibliche Blamage unbequem war. Gewissensbisse hat sie sicherlich nicht empfunden. Denn es war ihr ja zugeflüstert worden, und Irre, die imperativen Hallucinationen folgen, handeln aus ihrem eigenen krankhaften Innern heraus und fühlen sich subjectiv in ihrem Recht, wenn sie auch das Verbotene der That objectiv anerkennen.

Die Strafthaten sind im Zustande geistiger Störung begangen worden. Das soll hier nicht bloss heissen, dass sie einfach nebenher gelaufen und ohne organischen Zusammenhang mit derselben gewesen sind. Sondern es bedeutet geradezu einen ursächlichen Zusammenhang. Die Strafthaten sind hier nichts mehr oder weniger, als Krankheitssymptome. Schon der Entschluss, solche Betrügereien zu verüben, ist ein Krankheitssymptom. Dass eine Frau in, wenn auch nicht glänzenden, doch bürgerlich guten Verhältnissen, deren Lebensführung bisher eine durchaus anständige gewesen ist, solche Dinge begeht, ist an sich schon höchst auffallend. „Bei gesundem Sinne," sagt der Vater der Beschuldigten sehr richtig, „würde meine Tochter so etwas nicht gethan haben." Sie war aber eben nicht bei gesundem Sinne gewesen, sondern Frauenstimmen hatten es ihr zugeflüstert, sie müsse doch ihre Garderobe in Ordnung bringen, um das Landgut würdig beziehen zu können.

Auch die Art der Ausführung lässt deutlich den krankhaften Seelenzustand durchblicken. In den Zeugenaussagen ist (s. auch die Aussage des Zeugen R.) davon die Rede, wie geschickt die Beschuldigte betrogen habe. Ich finde im Gegentheil ihr Verfahren höchst ungeschickt, plump, auch in technischem Sinne unüberlegt, von kurzen Gedanken, mit einem Worte krankhaft. Ich erinnere an die stumpfsinnige Beharrlichkeit, mit der sie ihren krankhaften Plan verfolgt (s. Zeuge K.), an das Aufholen des Hutes Zucker, das für sie gar

keinen Nutzen haben konnte, wenn derselbe wirklich dem Offizier R. in's Haus geschickt wurde (s. Zeuge Fr), — an die im Hinblick auf die gar nicht ausbleibende unmittelbare Ertappung ebenfalls stumpfsinnig zu nennende Unterschlagung in ihrem Hause (s. Zeuge F.), — an die Art des Ableugnens und den geradezu schwachsinnigen Versuch, bei dem Verhör des Zeugen R noch etwas von den erschwindelten Sachen zu retten.

Schliesslich möge noch ein Einwand, der namentlich in den Aussagen der Zeugen R. und L. eine Rolle spielt, widerlegt werden, nämlich der, dass die Beschuldigte ganz gut gewusst habe, was sie thue und gethan habe. An sich bedeutet solcher Einwand überhaupt nichts, denn Geisteskranke pflegen mit wenigen Ausnahmen immer zu wissen, was sie thun. Solche Ausnahmen bilden alkoholistische und narkotische Berauschung, epileptische Dämmerungszustände und Verworrenheiten aus irgend welchen anderen Ursachen z B wie hier aus Hallucinationen. Wenn also auch die Beschuldigte gewusst hätte, was sie that, so wäre damit für den Beweis ihrer Geistesgesundheit noch Nichts erbracht. Zu dem aber ist gerade im Gegentheil anzunehmen. dass die Beschuldigte kein vollkommenes Wissen von ihrer That gehabt hat. Ich sage: Kein vollkommenes Wissen. Denn was sie im Augenblicke vorhatte und was sie kurz vorher vollbracht hatte, das wusste sie wohl. Sie wusste auch zu antworten und versuchte sich herauszureden. Aber ihr Bewusstsein war ein unvollkommenes, dämmer- und traumartiges. Die Vorstellung haftete nicht, nach kurzer Zeit war sie schon dem Gedächtniss entschwunden und konnte nur mit Mühe wieder geweckt werden.

Ich gebe daher mein Endgutachten dahin ab:

1. Frau H. hat an Geisteskrankheit gelitten.
2. Sie ist namentlich im Sommer 1891 zur Zeit der Begehung der Strafthaten geistig gestört gewesen.

Zweites Gutachten. Frage nach der Verfügungsfähigkeit.

Dem Amtsgericht beehren wir uns, das erforderte Gutachten über den Geisteszustand des Herm. Heinr. W. ganz ergebenst wie folgt, zu erstatten.

Thatsächliches.

Herm Heinr. W., 50 Jahre alt, unverheirathet, Cigarrenfabrikant, stammt aus einer gut situirten Bürgerfamilie und hat eine seinem Stande angemessene Erziehung genossen. Schon von früher Jugend an hat Explorat, welcher überdies Anlage zu Geisteskrankheiten überkommen

hat, psychische Abnormitäten und Sonderbarkeiten gezeigt. Er wird als nervös, reizbar, misstrauisch, von schwachem Urtheil, dabei mit Vorliebe träumerischem Nichtsthun nachhängend und in einer selbstgeschaffenen Phantasiewelt lebend, geschildert. Dabei zeigte sich ein grosser Hang zum weiblichen Geschlecht, jedoch keineswegs in Form ausschweifenden sexuellen Genusses, sondern vielmehr platonischen Suchens und gegenstandslosen Sehnens. Auch als Dichter hat sich Explorat längere Zeit hindurch versucht. Es liegen uns vier dicke selbstgeschriebene Hefte Poesien vor, welche, nach Inhalt und Form durchaus unbedeutend, in mehr oder weniger gelungenen Reimen die üblichen Objecte lyrischer Begeisterung, Liebe, Wein, Frühling etc verherrlichen. Wir werden auf diese Gedichte weiter unten noch einmal zurückkommen. Mit Vorliebe auch trieb Explorat bis in die letzten Jahre hinein kleine, unnütze und durchaus unbedeutende Basteleien, z. B. Ausschneiden ganz gewöhnlicher Papierfiguren, Sterne, Kreuze, Schmetterlinge, und Bekleben derselben mit Goldpapier-Productionen, denen er, ebenso wie seinen Gedichten, gern einen besonderen Werth beilegt. Diesem innerlich unbedeutenden und haltlosen Wesen entsprach zum Theil auch der äussere Lebensgang. In früheren Jahren hielt er sich, ohne etwas Rechtes anfangen zu können, grösstentheils bei seinen Eltern auf, eröffnete jedoch später in R. i. W. ein Cigarrengeschäft. Dort wurde er zum ersten Male geisteskrank und blieb ein Vierteljahr lang in der Provinzial-Irrenanstalt zu M. Nach seiner Entlassung von da kehrte er nach B. zurück und führte mit seinem Bruder wieder ein Cigarrengeschäft. Nachdem er im Jahre 1859 auf's Neue erkrankt, wurde er in der Privat-Anstalt des mitunterzeichneten Dr. E zu R. circa ein Jahr lang behandelt, zog nach seiner Entlassung von da, ohne einem besonderen Berufe zu leben, zu seinen Eltern und eröffnete endlich nach deren Tode vor ungefähr zwei Jahren wiederum ein selbstständiges Cigarrengeschäft. Das Geschäft florirte nicht, es traten zwar keine direkten Geldverluste ein, aber es war ohne Rücksicht auf augenblickliche Handelsconjuncturen zu viel Waare producirt worden, der Absatz stockte, das Vermögen von ca 6000 Thlr. war festgelegt. Wie Explorat selbst sagt, hatte sich über dieses Misslingen eine tiefe Verstimmung seiner bemächtigt. Dazu kam die anstrengende, unordentliche Lebensweise; er arbeitete sehr viel, fertigte von früh bis spät Cigarren an, ass schlecht und schlief wenig. So konnte es nicht fehlen, dass sich bald auf's Neue wieder Geistesstörung einstellte. Schon am 5. December v. J. berichten die Polizeiakten über ihn, dass er am Stadtgraben durch „Ausstossen unarticulirter Töne und Gesticuliren mit Händen und Armen“

die Aufmerksamkeit des spazierengehenden Publikums in hohem Grade auf sich gelenkt habe. — Am 7. Juli, wird ferner berichtet, habe W., welcher, wie hier noch bemerkt werden mag, obgleich sonst kein Trinker, doch in letzter Zeit in Folge der ihm innewohnenden Aufregung viel Spirituosen genossen hatte, sich in einem Laden durch unmotivirtes Schelten und Schimpfen und sonstiges störendes Benehmen sehr auffällig gezeigt. Drei Tage später umarmte er gar auf der Strasse eine des Weges daherkommende unbekannte Dame und machte sich schliesslich auch im Sommertheater durch Lärm und auffallende Reden so unnütz, dass endlich am 12. Juli seine Abführung in's Irrenhaus erfolgte.

Hier wurde folgender Befund erhoben:

Patient ist von mittelgrosser Statur, mässig entwickelter Muskulatur und mangelhafter Ernährung. Er ist hastig, aufgeregt, gesticulirt und spricht viel, zum Theil verworren durcheinander, giebt übrigens sonst auf Befragen verständige Antwort, sagt, er sei krank und nervös aufgeregt. Diese leichte psychische Aufregung verlor sich schon nach einigen Tagen, Patient wurde ruhiger, besonnener, gewann Einsicht in seine Lage und erklärte seine Krankheit durch den Verdruss in seinem Geschäft Besondere Wahnideen oder hohe maniakalische oder melancholische Affekte hat Patient übrigens nie kundgegeben, vielmehr zeigt seine Stimmung meist eine gewisse mittlere Temperatur. Doch muss bemerkt werden, dass er allerdings eine ziemlich starke Selbstüberschätzung zeigt, insofern er sein Geschäft vollkommen leiten zu können und keines fremden Rathes bedürftig zu sein erklärt. Auch in Benehmen und Sprache dokumentirt sich ein gewisses Selbstgefühl, und Widerspruch verträgt er nur schwer. Für fremde Gründe unzugänglich, wird er alsbald gereizt und bitter. Dabei ist eine gewisse Urtheilsschwäche unverkennbar. Zwar für eine oberflächliche Beurtheilung der Dinge reicht der Intellect vollkommen aus, jedoch bei irgend tiefer gehenden Combinationen, wo ein tieferes Erfassen der eigenen Lage, der eigenen Leistungsfähigkeit, des richtigen Verhältnisses zur Aussenwelt in Frage kommt, versagt er.

Auf motorischem Gebiete fällt vor Allem eine temporäre krankhafte Zusammenziehung einzelner Muskelgruppen auf. Namentlich häufig tritt dieser Krampf im Bereiche der Gesichtsmuskeln auf, Patient kneift die Augen zu, runzelt die Stirne, verzieht den Mund, streckt die Zunge hervor — kurz grimmassirt. Obgleich er nie ganz frei davon ist, wird das Grimmassiren doch stärker in Augenblicken grösserer Erregung. Auch tritt alsdann beim Sprechen

Anstossen mit der Zunge ein. Sehr häufig findet auch Zucken im rechten Arme und Beine statt. Diese Bewegungen sind unwillkürlich, der Kranke ist derselben nicht Herr.

Der Kranke leidet ferner an Hallucinationen des Gehörssinns. Dieselben sind früher bereits von den mitunterzeichneten DDr. E und P. mehrfach bei ihm beobachtet worden, und obgleich während seines jetzigen Aufenthaltes im Irrenhause deren Vorhandensein nicht direkt constatirt werden konnte, so wurden sie doch durch das Benehmen des Kranken bei mancher Gelegenheit mindestens sehr wahrscheinlich gemacht.

Sonstige körperliche oder geistige Abnormitäten, namentlich etwa Lähmungserscheinungen, sind nicht beobachtet worden.

Gutachten.

Zweierlei ist es hauptsächlich, wodurch, wie wir gesehen haben, der geistige Zustand des Exploraten charakterisirt wird: Urtheilsschwäche einerseits und leichte maniakalische Ueberhebung andererseits Beide Momente bedingen und ergänzen sich gegenseitig.

Was zunächst die Urtheilsschwäche anbelangt, so erscheint dieselbe durch das bereits oben darüber Gesagte, durch den Mangel jedes tieferen Erfassens der eigenen Lage und des Verhältnisses zur Aussenwelt genügend constatirt. Ein eklatantes Beispiel gewähren auch die Gedichte des Exploraten, in denen sich auch nicht die Spur von Originalität, selbst nicht einmal ein irgendwie stylvoller Gedankengang, dagegen die grösste Plattheit, stellenweise selbst Albernheit und Unsinn zeigt. Man höre z. B. folgende auf's Geradewohl herausgegriffene Strophe:

„O, hörst Du wohl die Hähne krähen,
Sie krähen früh, sie krähen spät,
Und ehe man sich vorgesehen
So kräht ein Hahn, ein Hahn, der kräht.
Hör' an das schöne Kiekerikieen,
Erfreue Dich auch der Blumen Blühen
An jedem Wege sprosst hervor
Der Blumen Menge, sie berühren
Mag weder Dir noch mir gebühren,
Sie blühen, sie schiessen froh empor."
„Wenn man die Hähne höret krähen
Und wenn man Blumen blühen kann sehen,
Das ist es, was der (?) Menschheit freut,
Man ist dann heiter, froh zu Sinne,
Und zu dem freudigsten Gewinne
Ist alles Glück voll Huld erneut."

W. ist ein grosser Verehrer von Heinrich Heine, doch Heine'schen Geist athmen seine Gedichte nicht. Nun giebt es leider

viele schlechte Dichter und wenn man jeden missrathenen Lyriker als geisteskrank ansehen wollte, so würden unsere Irrenhäuser noch mehr, wie jetzt, an Ueberfüllung leiden. Aber hier sicherlich liegt der Fall vor, wo Empfindung und Urtheil, statt sich über das Gewöhnliche zu erheben, unter das Niveau herabgesunken sind, — wo nicht einmal mehr gesunde Mittelmässigkeit, sondern lediglich krankhafte Schwäche ihr Spiel treibt. Und dazu noch das selbstgefällige Behagen, welches in dergleichen Nichtigkeiten, ebenso wie in dem Aufkleben bunter Papierfiguren sein Genüge findet!

Geisteskrankheiten stellen sehr häufig nur die excentrischen Auswüchse von an sich normalen psychischen Zuständen dar. So sehen wir auch im gewöhnlichen Leben täglich die alte Erfahrung bestätigt, dass selbstgefällige Ueberhebung sich am liebsten mit geistiger Unbedeutenheit paart. Aber was dort noch innerhalb der Breiten des Gesunden sich bewegt, erscheint hier bereits in krankhafter Uebertreibung.

Grade in dieser gegenseitigen Durchdringung und innigen Verschmelzung beider Momente im Charakter des Exploraten erkennen wir auch die Gefahr für ihn und sein Vermögen. Wäre er lediglich von schwachem Urtheil, ohne das ihm innewohnende Selbstgefühl, so würden wir kaum in der Lage sein, eine Curatel für ihn zu empfehlen. So aber hindert ihn das letztere, fremdes Urtheil anzuerkennen und fremden Rath zu befolgen. Er glaubt sich selbst Mannes genug, und wohin dies führt, haben wir bereits in seiner letzten verfehlten Spekulation zu sehen Gelegenheit gehabt. Auch ist hierbei noch folgender Umstand zu erwähnen. Wenn oben erwähnt wurde, dass hier keine Wahnideen an dem Kranken bemerkt worden seien, so soll damit nicht gesagt sein, dass überhaupt keine vorhanden wären. Im Gegentheil lässt sich nach Analogie ähnlicher Fälle mit grosser Sicherheit darauf schliessen, dass allerdings die Psyche des Kranken mit gewissen krankhaften Vorstellungen belastet sein mag, wenn sie auch nicht mit solcher Intensität sich in's Bewusstsein drängen, um ihre Entäusserung auf motorischem Gebiete (durch Reden oder Handlungen) zu erzwingen. Dazu tritt die grosse Gefahr erneuter Rückfälle in eine schwerere Form der Geistesstörung. Denn der Zustand, in dem er sich augenblicklich befindet und welchen wir unseren bisherigen Ausführungen zu Grunde gelegt haben, bezeichnet gewissermassen den habituellen psychischen Durchschnitt des Exploraten, ist, so zu sagen, dessen Normalzustand. Von dieser Basis aus haben sich schon dreimal akute Verschlimmerungen, das letzte Mal in Form von Exaltation und Verworrenheit erhoben, und die Wahrscheinlichkeit der Wiederkehr

solcher Zustände ist leider eine sehr naheliegende. Wir geben demnach schliesslich unser Endgutachten dahin ab:

Explorat ist mit der Anlage zu Geisteskrankheit erblich belastet, er leidet an Urtheilsschwäche und leichter maniakalischer Erhebung, wahrscheinlich auch an Vorstellungsanomalieen, sowie auf dem motorischen Gebiete an Krämpfen, — er hat schon mehrfach schwerere Formen von Geistesstörung durchgemacht, und die Wiederkehr derselben erscheint im Hinblick auf sein gesammtes körperliches und geistiges Verhalten sehr wahrscheinlich. Aus diesen Gründen erklären wir den Exploraten Herm. Heinr. W. für nicht fähig, seine Angelegenheiten selbst wahrzunehmen.

Drittes Gutachten. Frage nach der Dauer.

Dem Amtsgericht beehren wir uns das Gutachten über den geistigen Zustand des Herrn H. E. ergebenst, wie folgt, zu erstatten.

Es handelt sich um folgende 2 Fragen:

1. Ist Herr H. E geisteskrank und zur eigenen Wahrnehmung seiner Angelegenheiten nicht im Stande?
2. Beziehungsweise, — seit wie lange ist Herr H. E. zur eigenen Wahrnehmung seiner Angelegenheiten nicht im Stande?

Zur 1. Frage:

Thatsächliches.

Wir haben Herrn H. E. mehrere Male untersucht und dabei folgenden Befund erhoben:

Herr H. E ist von kleiner Statur, mangelhafter Ernährung, schwach entwickelter Muskulatur. Er ist körperlich sehr hinfällig, die Arme, sowie die ausgestreckte Zunge zeigen ziemlich starkes Zittern. Die rechte Pupille ist etwas grösser, wie die linke. Beim Gehen lässt sich eine auffallende Schwäche nicht verkennen. Sonst sind körperliche Abnormitäten nicht nachweislich. Der Appetit ist gut, der Schlaf ziemlich regelmässig.

Psychisch zeigt sich zunächst eine krankhafte Verstimmung, nämlich übergrosse Heiterkeit, verbunden mit Erregung auf motorischem Gebiete, grosser Lebhaftigkeit und Beweglichkeit Der Gedankengang ist desultorisch, von einem Gegenstande zum andern rasch abspringend, locker und unzusammenhängend. Der Kranke kommt, wie man wohl zu sagen pflegt, vom Hundertsten in's Tausendste. Am schlagendsten zeigt sich die Geistesstörung in dem Inhalte der herrschenden Vorstellungen. Hier ist vollkommener Grössenwahnsinn vorhanden Der Kranke wollte, wie uns berichtet,

alle Welt glücklich machen, er hatte nahe Beziehungen zum Kaiser, er wollte demselben ein Memorandum übergeben, damit Deutschland den Frieden finde. Speciell Bremen wolle er glücklich machen, ganz Bremen gehöre ihm. Jetzt ist dieser Inhalt der Grössenwahnvorstellungen einigermassen zurückgetreten, während dagegen mehr die Ueberzeugung von der Grösse seiner persönlichen Vorzüge in den Vordergrund tritt, in tragikomischem Contraste mit der Hinfälligkeit der Figur. Er sei besonders von Gott begabt, er sei dazu da, um die anderen Kranken auf der Abtheilung gesund zu machen, „nur ein paar Tage noch, dann sind sie so gesund, wie ich.“ Namentlich seine Gesangskunst sei unübertrefflich (in Wahrheit singt er gar nicht), wir sollten ihm nur die Freiheit verschaffen, dann würde er heute Abend im Dom als Kirchensänger auftreten, er würde uns sogleich eine Probe davon geben. So geht es fort in unerschöpflichen Variationen desselben Themas. — Damit im Zusammenhange steht die charakteristische Verkennung seiner Lage und seines Zustandes, dessen, was dies Alles für ihn zu bedeuten hat. Er weiss recht gut, wo er sich befindet, macht aber kein Arg daraus. Befragt, warum er in's Irrenhaus gebracht worden sei, sagt er: „Ich habe an Grössenwahn gelitten, aber dieser brave Mann hier (auf seinen Arzt zeigend) hat mich vollkommen wieder hergestellt, ich bin jetzt völlig gesund.“

Gutachten.

Herr H. E. leidet an einer chronischen Geisteskrankheit, welche sich auf körperlichem Gebiete durch schwere Beeinträchtigung der Ernährung und beginnende Lähmungserscheinungen, auf geistigem durch maniakalische Verstimmung, durch Schwäche des Gedächtnisses und des Urtheils, Verkennung der Lage, desultorischen Gedankengang und Wahnideen mit dem Charakter des Grössenwahnsinns charakterisirt. Diese bis jetzt in stetiger Verschlimmerung auftretenden Symptome setzen das Bild der sogenannten fortschreitenden Paralyse der Irren zusammen, eines psychischsomatischen Zerstörungsprocesses, von dem es, namentlich bei so weit gediehenem Verfalle, wie hier, erfahrungsgemäss keine Rettung giebt.

Diese Krankheit gewährt oft Remissionen in ihrem Verlaufe, und es ist nicht ausgeschlossen, dass auch hier noch einmal ein zeitweiser Nachlass der Gesammterscheinungen eintritt und relative Besonnenheit zurückkehrt. Aber er würde nur von kurzer Dauer und über das Endresultat, welches nur der Tod sein kann, nicht zu täuschen im Stande sein.

Wir geben demnach unser Gutachten dahin ab:

Herr H. E. leidet an der fortschreitenden Paralyse der Irren und ist zur eigenen Wahrnehmung seiner Angelegenheiten nicht im Stande.

Zur 2. Frage:

Thatsächliches.

Es handelt sich ferner darum, wie lange Explorat sich schon in dem Zustande von Geisteskrankheit befunden hat. Erfahrungsgemäss ist die fortschreitende Paralyse der Irren eine chronische Krankheit mit mehr oder weniger langsamem Verlauf, deren mittlere Dauer auf 2 bis 3 Jahre geschätzt wird. Da sich nun Explorat, wie aus der körperlichen Hinfälligkeit und dem hohen Grade geistiger Schwäche desselben hervorgeht, bereits in einem verhältnissmässig weit vorgeschrittenen Stadium der Krankheit befindet, so ist zunächst klar, dass er nicht erst kurz vor seiner am 16. November erfolgten Aufnahme in das Irrenhaus, sondern bereits längere Zeit vorher erkrankt sein muss. Wie lange vorher, lässt sich aus den Beobachtungen am Kranken selbst nicht feststellen, wir müssen hier Bezug auf die Aussagen seiner Angehörigen, namentlich seiner Ehefrau, nehmen, denen wir die nöthigsten Personalien voranschicken.

Herr H. E., 52 Jahre alt, seit 25 Jahren verheirathet und Vater mehrerer Kinder, Kaufmann, in guten Verhältnissen lebend, hat sich durch eigene Thätigkeit und Rührigkeit aus kleinen Verhältnissen zu einer geachteten Stellung emporgearbeitet. In den Jahren 1848—49 als politischer Parteimann engagirt, hat er sich auch in letzterer Zeit nicht ganz von dem öffentlichen Leben zurückgezogen. So war er noch vor Kurzem Vorsitzender eines Vereins zu öffentlichen Zwecken. Sein Charakter wird als gutmüthig und harmlos geschildert, in den Jahren 1848—49 hat er sich vielfach als demokratischer Volksredner bemerkbar gemacht, und der hierbei davon getragene Erfolg hat eine gewisse persönliche, übrigens sich harmlos äussernde Eitelkeit, theils direkt veranlasst, theils genährt.

Erbliche Anlage zu Geistes- oder Nervenkrankheiten hat nicht festgestellt werden können. Ueber frühere Krankheiten berichtet die Ehefrau Folgendes: Explorat, welcher sich im Uebrigen stets einer guten Gesundheit zu erfreuen gehabt habe, sei bereits vor einer langen Reihe von Jahren einmal erheblich erkrankt, wobei das Gehirn stark in Mitleidenschaft gezogen worden sei. Ueber die Natur dieser Krankheit haben wir jedoch nichts Näheres in Erfahrung bringen können. In geschlechtlicher Beziehung, wird

bemerkt, sei Explorat früher sehr leidenschaftlich gewesen, seit einer Reihe von Jahren jedoch habe sich die Neigung und auch das Vermögen zum geschlechtlichen Verkehr ganz verloren. Auch Beschwerden beim Uriniren, sodass das Wasser nicht rasch genug und nur nach längerem Pressen habe entleert werden können, seien seit 3—4 Jahren aufgetreten.

Vor $1^1/_2$ Jahren zuerst ist der Umgebung eine Veränderung in dem Charakter des Kranken aufgefallen. Derselbe liess sich in seinem Benehmen gehen, nahm bei Tisch anstössige Gewohnheiten an, zeigte eine gewisse schwatzhafte Indiscretion, sodass sich seine Töchter genirten, mit ihm in Gesellschaft zu gehen, wurde streit- und disputirsüchtig. Diese Veränderungen traten nicht auf einmal, sondern allmälig auf und erregten noch keinerlei Verdacht auf Geistesstörung. Solcher wurde erst im December 18.. rege, speciell seit dem Abende des 7. December, wo bei einer Abendgesellschaft in einem feinen Restaurant Explorat sich auf eine besonders auffallende und dabei alberne Weise streit- und disputirsüchtig erwies. Er hatte behauptet, dass man gute Cigarren nicht von schlechten unterscheiden könne, und konnte von diesem Thema, obgleich ihm schliesslich Niemand mehr widersprach, volle 2 Stunden nicht loskommen. Seit dieser Zeit wurde auch seine Stimmung immer wechselnder, bald war er, ohne objektive Ursache, heiter ausgelassen, bald ebenso zum Tode betrübt. In seinen Geschäften liess er die gewohnte Umsicht und Sorgfalt vermissen. Nach der Ansicht der Ehefrau hatte er damals schon das gesunde Urtheil und die feste Disposition über seine Geldbelegungen verloren. Er sah zwar oft ganz gut ein, dass das Geld, welches er weggab, schlecht angelegt und die Sicherheit ungenügend sei, liess sich aber trotzdem von den Bitten der Geldsuchenden bewegen, schlug sich hinterher wohl vor den Kopf und äusserte, „am besten wäre es, wenn ich unter Curatel gestellt würde.“ Im Frühjahr und Sommer 18.. verschlimmerte sich alsdann der Zustand rasch. Im April wurden dem Hausarzte seitens der Familie die ersten Mittheilungen gemacht. Gegen Ende Juli, nachdem am 19. dieses Monats die Hochzeit der zweiten Tochter, wobei Explorat sich wiederum höchst aufgeregt und auffallend benommen hatte, gefeiert worden war, trat eine 14tägige fieberhafte Krankheit mit starkem Deliriren auf, später einige Besserung durch den Gebrauch eines Bades, kurze Zeit nach der Rückkehr von da jedoch so starke Verschlimmerung mit Grössenwahnideen, dass am 16. November die Aufnahme in die Irrenanstalt nöthig wurde

Gutachten.

Fassen wir diese Thatsachen, soweit sie unserem Urtheil zu Grunde gelegt werden müssen, in's Auge, so sehen wir zunächst, dass die erste derselben, die Krankheit, welche Explorat vor einer langen Reihe von Jahren angeblich mit starker Betheiligung des Gehirns durchgemacht haben soll, für die Beurtheilung vorliegenden Falles ohne Werth ist. Dauer, Verlauf, Symptomatologie sind uns unbekannt geblieben und somit ist auch eine nachträgliche Diagnose unmöglich geworden. Von diesem Ereigniss aus lässt sich keine Brücke ursächlichen Zusammenhanges zu dem jetzigen Zustande schlagen.

Ungleich wichtiger sind die Thatsachen der schon jahrelang bestandenen Impotenz und Blasenbeschwerden Impotenz und Blasenbeschwerden kommen auch bei anderen Krankheiten vor, oder können selbstständig auftreten. Wer daran leidet, muss nicht nothwendig ein Paralytiker sein. Aber andererseits sind diese Symptome fast constante Begleiter der fortschreitenden Paralyse und bilden oft jahrelang, lange vor dem Auftreten der ersten auffälligen psychischen Krankheitserscheinungen, die Vorboten für die letzteren. Sind dieselben bei einem Manne, welcher später das ausgeprägte Bild der allgemeinen Paralyse darbietet, einige Jahre vorher beobachtet worden, und sind sie, wie dies augenscheinlich hier der Fall ist, noch vorhanden, so darf man sie, nach den anerkannten Regeln naturwissenschaftlicher und medicinischer Forschung, in ursächlichen Zusammenhang mit dem späteren Zustande bringen. Dazu tritt nun noch folgender ausserordentlich wichtige Umstand, nämlich die Veränderung der Handschrift des Exploraten. Schon in Handschriften aus jahrelang zurückliegender Zeit lässt sich der eigenthümliche Ductus der Schriftzüge, wie er nur Paralytikern eigen ist, deutlich erkennen. Er ist schleudernd, über die Grenzen hinausschiessend und entbehrt der Festigkeit. Ausserdem aber verbindet er sich mit grammatischen Fehlern, insofern als Buchstaben falsch gestellt, ausgelassen oder fehlerhaft gebraucht werden. Diese fehlerhafte Handschrift rührt einerseits von der mangelhaften Beherrschung der Muskulatur, andererseits von momentanen Bewusstseinsstörungen her, Zuständen, denen Paralytiker in gleicher Weise unterliegen. Solcher ataktisch-dysgrammatischen Handschrift, wie man sie auch nennt, begegnen wir bei dem Kranken schon vor 4 Jahren.

Fassen wii also die fortschreitende Paralyse, wie dies nicht bloss erlaubt, sondern wissenschaftlich geboten ist, in ihrer gesammten somatisch-psychischen Entwickelung als eine Einheit auf,

so müssen wir durchaus sagen: Die Krankheit datirt schon seit langer Zeit, Herr H. E. hat schon vor 3—4 Jahren angefangen, paralytisch zu werden.

Bisher ist immer nur von körperlichen Symptomen die Rede gewesen und körperliche Symptome gehen bei der fortschreitenden Paralyse den geistigen oft jahrelang vorher. Wann sind, so könnte man fragen, die ersten geistigen Symptome aufgetreten?

Der Beantwortung dieser Frage könnten wir uns entziehen, wenn wir nochmals betonten, dass die Paralyse als eine Einheit, in der körperliche und geistige Symptome nicht ohne Weiteres zu trennen sind, aufzufassen ist. Aber wir würden glauben, bei den hier vorliegenden verwickelten Rechtsstreitigkeiten, bei denen es darauf ankommt, zu bestimmen, für welche eingegangenen Verbindlichkeiten der Kranke oder seine Erben noch haftbar zu machen sind, der Sache mit solcher Ablehnung keinen Dienst zu erweisen. Wir datiren deshalb den Beginn der Verfügungsunfähigkeit auf 2 Jahre zurück.

Denn wenn der Kranke auch auf den mitunterzeichneten Hausarzt bereits vor 9 Jahren den Eindruck eines trägen denkfaulen Geistes gemacht hat, ein Urtheil, welches einen scharfen Contrast zu dem früheren Bilde des enragirten Volksmannes und Clubredners darstellt, und wenn ferner die Ehefrau auch anführt, sie habe ihren Mann aus dem Grunde zum Eintritt in den Verein vermocht, um seiner apathischen Stimmung und Interesselosigkeit entgegen zu wirken, — so datirt eine wirkliche, seiner Umgebung auffallende Veränderung des Charakters und Benehmens doch erst von obengenanntem Zeitpunkte.

Die psychischen Symptome haben sich allmälig entwickelt, und es ist sehr wohl denkbar, auch durch keine bekannte Thatsache widerlegt, dass der Kranke seine gewohnten Berufsgeschäfte zunächst noch eine Zeitlang mit Vorsicht und ausreichendem Urtheil besorgt hat. Die Verfügungsunfähigkeit trat erst ein, als durch den fortschreitenden Krankheitsprocess Intelligenz und Urtheil erheblich geschwächt und auch zur Vornahme alltäglicher Berufshandlungen nicht mehr fähig war, und der Kranke, durch übermächtige impulsive Stimmungen dauernd beherrscht, Ruhe und Besonnenheit auch im äusseren Verkehr verloren hatte. Zu sagen, wann dieser Zeitpunkt eingetreten, etwa mit Genauigkeit ein Datum zu bestimmen, wann die Verfügungsunfähigkeit angefangen, ist unmöglich. Aber wir glauben nicht fehl zu greifen, wenn wir annehmen, dass an dem oben erwähnten 7. December, einem Tage, welcher den Angehörigen wegen seiner die Gewissheit der Geisteskrankheit

ihres Versorgers ihnen unheimlich aufdrängenden Ereignisse noch in lebhaftem Gedächtniss steht, die schmale Grenze schon stark überschritten war.

Wir waren in diesem Theile unserer Darlegung grösstentheils nur auf die Angaben der Angehörigen selbst angewiesen. Aber dieselben tragen durchaus das Gepräge der Wahrheit und enthalten keine Widersprüche gegen den erfahrungsgemässen Verlauf und das klinische Bild derjenigen Geisteskrankheit, von der der Kranke befallen.

Wir geben deshalb unser Gutachten dahin ab:

Herr H. E. ist seit längerer Zeit, mindestens aber seit dem 7. December 18 . . geisteskrank.

Viertes Gutachten. Frage nach der Dauer.

In Untersuchungssachen wider S. beehre ich mich, das erforderte motivirte Gutachten darüber, „ob der Maurerlehrling L. in Folge der Misshandlungen des Beschuldigten in Geisteskrankheit verfallen sei“ (cf. § 224 St.-G.-B.), ergebenst wie folgt, zu erstatten.

Thatsächliches.

Am Abend des 12. Mai a. p. wurde der 17jährige Maurerlehrling J. L in geisteskrankem Zustande der hiesigen Irren-Anstalt übergeben. L. war bisher nie geisteskrank gewesen und hatte sich auch in körperlicher Beziehung stets der besten Gesundheit zu erfreuen gehabt. Er wird als ein fleissiger, kluger, solider, gutgearteter junger Mensch geschildert, dem nicht bloss seine nächsten Angehörigen und Bekannten, sondern auch sein Lehrherr das beste Zeugniss ausstellen.

Am 5. Mai, also eine Woche vor seiner Einlieferung, betheiligte sich L. an einem Gesellenschmause, bei dem viel Bier und Schnaps getrunken wurde. Wie viel Spirituosen L. bei dieser Gelegenheit zu sich genommen, hat nicht festgestellt werden können. Doch ist nachgewiesen, dass ihm 6 Mark zu diesem Zwecke ausgehändigt worden sind, und dass er einen starken Rausch davongetragen hat. Die Zeugin R. sagt zwar aus: „stark betrunken war derselbe nicht, angeheitert mochte er wohl sein“, — ebenso die Zeugin J.: „stark betrunken schien er nicht zu sein“ Doch hat letztere Zeugin überhaupt, wie es scheint, nicht mit L. gesprochen, sondern ihn (zur Nachtzeit!) nur von fern gesehen, und erstere machte ihre Wahrnehmungen erst zur Zeit, als L. schon in Streit und Schlägerei verwickelt war, gleichfalls im nächtlichen Dunkel auf der Landstrasse. Dagegen sagt der Zeuge W., welcher mit L. im Wirthshause gesessen: „L. war stark angetrunken“, und ein anderer Zech-

genosse, Zeuge K.: „L. und S. waren im H.'schen Lokale tüchtig betrunken." Endlich der Zeuge S. (Sohn des Beschuldigten): „L. war auch stark betrunken."

Beim Nachhausegehen, Nachts 2 Uhr, entwickelt sich Streit und Schlägerei. Aus den Aussagen der Zeuginnen R. und J. geht hervor, dass der Beschuldigte S. den L. am Halse fasste, — die Zeugin J. sagt aus: „fasste den L. mit beiden Händen an die Kehle und drückte so, dass L. den Mund öffnete und die Augäpfel weit hervortraten", — eine, wie es scheint, etwas übertriebene Schilderung, da Zeuge W., welcher den Vorgang gleichfalls mit ansah, von einem so weit gehenden Effekte Nichts berichtet, sondern einfach sagt: „der Beschuldigte habe den L. bei der Kehle gefasst." Darauf schlägt der Beschuldigte den L. mit der Faust auf den Kopf, verfolgt den Zurückweichenden, schlägt ihn nochmals auf den Kopf und wirft ihn, zusammen mit der Zeugin R., welche den Verletzten, um ihn zu schützen, umfasst hält, gegen ein hölzernes Lattenstaket, wobei Beide hinstürzen und, nach Aussage der Zeuginnen R und J., der Kopf des L. heftig gegen den Staketzaun angestossen sein soll. Es scheint mir nicht ganz klar, ob L. wirklich mit dem Kopf oder mit einem anderen Körpertheile gegen das Staket gefallen ist. Direkte Verletzungen, welche mit Sicherheit darauf weisen, sind nicht gefunden worden; die Zeugin R., welche zugleich hingefallen ist, hat ebenfalls keine Verletzungen aufzuweisen Ueberdies wird dieselbe in dieser Lage wohl genug mit sich selbst zu thun gehabt haben und kaum genauere Beobachtungen über ihren Leidensgefährten haben machen können; — die Zeugin J. aber hat sich nicht in unmittelbarer Nähe befunden. Wenn letztere in ihrer aussergerichtlichen Deposition vor dem Landjäger als Beweis der Heftigkeit des Stosses anführt, „das Staket habe laut gedröhnt", so kann ich mir keine klare Vorstellung davon machen. Ein Staket, also ein durchbrochener Zaun von einzelnen, reihenweise gestellten, hölzernen Pfählen und Stäben kann, heftig angeschlagen, keinen Laut ertönen lassen, den man füglich mit „dröhnen" bezeichnen könnte. Keinenfalls giebt dieser Umstand für sich allein einen Beweis für die Grösse der mechanischen Gewalt ab. Derselbe könnte nur als geführt gelten, wenn entweder eine beträchtliche mechanische Verletzung oder eine Gehirnerschütterung nachgewiesen werden könnte.

Die beiden Zeuginnen halfen alsdann dem Gemisshandelten auf, welcher sich sehr ängstlich zeigte, übrigens über Nichts, namentlich nicht über Kopfweh klagte, und begleiteten ihn noch eine Strecke, worauf derselbe den Rest des Heimweges allein zurücklegte. In

dem Gutachten des Herrn Gerichtsarztes findet sich mit Bezug hierauf folgende Schilderung vor: „Die nächste Folge dieses Falles war, dass L. eine Zeitlang still und regungslos auf der Erde liegen blieb, einige Minuten lang, wie die vor Schreck und Angst selbst fast besinnungslose (!) Wittwe R. glaubte; 5 Minuten nach Aussage der J. Beide Frauen richteten ihn in die Höhe, wobei er sich selbst etwas emporhalf.“ Ich weiss nicht, woher der Herr Gerichtsarzt die Kenntniss dieser Thatsachen hat, in den Zeugenaussagen steht Nichts davon.

Dagegen führe ich der Vollständigkeit wegen an, dass L. ausser von dem Beschuldigten auch noch von anderer Seite gemisshandelt zu sein scheint. Zeuge M deponirt, L. sei von K. „zur Seite geschubst‘ worden, und Zeuge S, dessen Aussage als eines Sohnes des Beschuldigten allerdings nur mit Vorsicht aufzunehmen sein wird, „ich habe bestimmt gesehen, dass K. den L. mehrere Male mit der Hand in’s Gesicht geschlagen hat“

Ueber ihre Wahrnehmungen bei der Nachhausekunft ihres Sohnes sagt die Mutter als Zeugin aus: er sei angetrunken und einsilbig gewesen (in der von dem Landjäger aufgenommenen aussergerichtlichen Verhandlung heisst es: „ganz verstört“, doch wird dieser Ausdruck in der hier massgebenden, zeugeneidlichen Aussage nicht, auch nicht dem Sinne nach, wiederholt), habe jedoch nicht gestrauchelt und sich gleich zu Bett gelegt. Am folgenden Morgen um 5 Uhr habe sie den Sohn wecken wollen, ihn aber, nachdem sie sich längere Zeit vergeblich bemüht habe, liegen lassen, bis er um 9 Uhr munter geworden und aufgestanden sei, auch gegessen und getrunken, aber wenig gesprochen habe. Er habe nicht zu sagen gewusst, wie er nach Hause gekommen sei und woher er die Schramme im Gesicht und eine etwa wie ein Markstück grosse Beule auf dem Kopfe habe Uebrigens sei Alles, was er gesprochen, vernünftig gewesen und habe er nicht über Kopfweh geklagt, sich jedoch wieder bis 4 Uhr in’s Bett gelegt, worauf er aufgestanden sei, im Garten gegraben und mit den Seinigen gemeinschaftlich zu Abend gegessen habe. Um 9 Uhr habe er sich wieder zu Bett gelegt.

Eine wesentlich andere Färbung trägt die in dem gerichtsärztlichen Gutachten enthaltene Schilderung dieser Vorgänge. Da ist gesagt: „seine Sprache hatte etwas Fremdartiges, so dass sie (die Mutter) den Verdacht schöpfte, er sei betrunken, doch war sein Gang sicher“ Am anderen Morgen um 6 Uhr (eine nicht unwesentliche Differenz) habe sie vergeblich versucht, ihn zu wecken, ebenso um 9 Uhr, wo er trotz ¼stündigen Anrufens und Schüttelns nicht zu ermuntern gewesen wäre „Erst um 10 Uhr gelang dies

ihren und ihrer Schwester vereinten Bemühungen, worauf der Verletzte aufstand, ass, trank und an die Vorfälle des Abends kaum eine Spur dunkler Erinnerung zeigte.“ Ferner: „der Rest des Tages, an dem er einsilbig und still war, verging etc.“ Diese Schilderung stimmt nicht mit den in den Akten befindlichen Zeugenaussagen.

An den beiden folgenden Tagen, 7. und 8. Mai, ging L. wieder zur Arbeit. Er sprach wenig, war aber vernünftig und klagte nur über Schlaflosigkeit. (In dem gerichtsärztlichen Gutachten wird hinzugefügt: „sah blass und elend aus“, was dem Akteninhalte nicht entspricht.) Auf dem Arbeitsplatze bemerkte der Zeuge E., dass L. zuweilen „innerlich lachte“ und sonderbare Reden führte, auch eine ihm aufgetragene Arbeit auszuführen vergass und nachträglich behauptete, sie wäre ausgeführt. Am Abend des 8. macht L. seiner Mutter die unvermuthete Mittheilung, er werde nicht mehr zur Arbeit gehen, es sei zwar nichts Schlimmes, namentlich nichts mit dem Meister vorgefallen, aber sie werde es schon erfahren. Er ass wenig und legte sich früh zu Bett. Am anderen Morgen gegen 6 Uhr aufgestanden, weigerte er sich unter denselben dunklen Redensarten zur Arbeit zu gehen, grub jedoch einige Zeit im Garten, trat dann zur Mutter in die Küche, schlug mit der Faust auf den Tisch und sagte, er könne keine Gnade finden, zertrümmerte später eine Fensterscheibe, ging in einen Wassergraben, wurde im Garten mit dem Gesicht am Boden liegend gefunden und gab auf Befragen immer dieselben einsilbigen und dunklen Antworten. Die besorgte Mutter schickte nunmehr nach dem Arzte. Ehe derselbe jedoch ankommt, erfolgt ein förmlicher Tobsuchtsanfall, der Kranke zertrümmert ein Fenster, bricht einen Thürgriff ab und wirft sein Bett auseinander. Mit Hilfe mehrerer Männer gebändigt, weint er heftig und sagt, er habe nicht anders gekonnt, er habe so handeln müssen. Die Nacht verläuft nach Darreichung von Schlafpulvern ruhig, und obgleich noch Aufregung und Phantasieen vorhanden waren, schien doch ein erheblicher Nachlass unverkennbar. In der Nacht zum Sonnabend schlief er wieder, stand gegen $6^1/_2$ Uhr auf und erklärte, dass ihm nun Nichts mehr fehle, als bloss Schlaf, ass und trank mit Appetit und wünschte wieder zu schlafen; er äusserte dabei, er könne keine Aufregung vertragen, er habe vorn im Kopfe ein Gefühl, als habe er eine Gehirnerschütterung gehabt und ein feines Gehör und Sausen in den Ohren. Bald darauf wurde er wieder sehr aufgeregt, und obgleich der Arzt innerlich Pillen und Eisblasen auf den Kopf verordnet hatte, verschlimmerte sich doch der Zustand so, dass er noch an demselben Abend zuerst in das J.-stift und,

da er dort nicht behalten werden konnte, in die Irrenanstalt gebracht wurde.

Hier wurde zunächst festgestellt, dass die Mutter des Kranken bereits vor 15 Jahren, nämlich vom 17. Mai bis 16. Oktober 1863 in hiesiger Irrenanstalt an Melancholie verpflegt worden ist. Sonstige Fälle von Geisteskrankheit sollen in der Familie nicht vorgekommen sein.

Der Kranke ist von kleiner Statur, in seinem Wachsthum und in der Entwickelung, namentlich auch in der geschlechtlichen, hinter seinem Alter zurückgeblieben. übrigens von guter Ernährung und nicht kachektisch aussehend. Das Körpergewicht beträgt 39 Kilo. Die Schädelbildung ist normal und zeigt namentlich keine Merkmale erblicher organischer Belastung, wie Asymmetrie, Schiefstehen der Zähne, Verkümmerung der Ohren und dergleichen. Die Gesichtsbildung ist regelmässig, hübsch, macht einen aufgeweckten, intelligenten Eindruck. Aeussere Verletzungen oder Contusionen werden nirgends, auch am Kopfe und Halse nicht, wahrgenommen. Die inneren Organe zeigen sich gesund, Fieber ist nicht vorhanden, ebensowenig Lähmungen. Nur die kaum erweiterten Pupillen zeigen etwas träge Reaction; die Augen sind injicirt, leicht geröthet, glänzend, das Mienenspiel ist sehr lebhaft, die Sprache rasch, leicht, fliessend. Heitere Stimmung, Schwatzen, Lachen, Singen, Pfeifen. Dazu starke Erregung auf dem motorischen Gebiete, sodass der Kranke nur schwer im Bette zu halten ist. Die äussere Besonnenheit ist gering; die den Kranken beherrschende Ideenflucht und die grosse Unruhe lassen ihn augenscheinlich nicht zum Beantworten der an ihn gestellten Fragen, ja kaum zum Verständniss derselben gelangen. Doch ist trotzdem noch ein Rest von Einsicht in seine Lage und eines dunkeln Krankheitsgefühls vorhanden, denn er ruft unaufhörlich, er hätte es ja gewusst, dass er in's Irrenhaus kommen würde.

Nachdem dieser Zustand maniakalischer Erregung bis zum 20. angedauert hatte, während dessen das Körpergewicht noch um 1 Kilo sank, trat allmälige Beruhigung ein. Appetit und Schlaf wurden besser, das Körpergewicht stieg um $2^1/_2$ Kilo, die ursprüngliche Ideenflucht und mit ihr die übergrosse Geschwätzigkeit und Unruhe auf dem motorischen Gebiete schwanden ganz Die expansive Stimmung ist von ihrer Höhe herabgesunken und hat mit der Zeit eher dem Gegentheil, einem stillen, ruhigen, gedrückten, ängstlichen Verhalten Platz gemacht, obgleich noch häufiger Stimmungswechsel eintritt, wobei der Kranke plötzlich unerwartet zu lachen anfängt. Der Intellect ist anscheinend durch den depressiven Affekt noch

benommen, unklar, das Denken fällt dem Kranken schwer, er greift sich oft an die Stirn und sagt: „hier sitzt es", oder seufzt tief auf. Der äusserst scheue und wortkarge Kranke zeigt noch gar keine Neigung, sich zu beschäftigen, sondern sitzt meist apathisch in seiner Ecke oder liegt auf dem Sopha. Ueber die Ursache seiner Erkrankung, sowie überhaupt über sein Befinden ist kein Aufschluss zu gewinnen. Alle Versuche unsererseits, den Kranken zum Sprechen zu bringen, sind durchaus gescheitert. Er wird dann sofort ängstlich, verlegen und wendet sich unter Erröthen ab. Wenn der Herr Gerichtsarzt Aeusserungen des Kranken, wie z. B. folgende anführen kann: „seine ersten Erinnerungen nach den Ereignissen vom 5. Mai hätten sich auf eine Verwirrung des Verstandes in den nächsten Tagen erstreckt", „Empfindungen und Bilder aus der ganzen Natur hätten sich mit Gewalt ihm aufgedrängt, vor denen er sich nicht hätte retten können", so entsprechen dem, wie gesagt, unsere eigenen Beobachtungen nicht.

Gutachten.

Es sind zwei Fragen zu beantworten:

1. Ist J. L. geisteskrank?
2. Was ist eventuell als Ursache der Geisteskrankheit anzusehen?

Aus der Erörterung des 2. Punktes würde sich die Beantwortung der richterlichen Frage dann von selbst ergeben.

Die erste Frage können wir rasch erledigen. Es unterliegt nämlich gar keinem Zweifel, dass J. L. wirklich geisteskrank ist. Derselbe leidet an einer akuten Psychose, welche anfänglich als Manie auftrat, später jedoch den Charakter einer melancholischen Verstimmung annahm. Es ist Aussicht auf Genesung vorhanden, obgleich allerdings die Prognose nur mit Vorsicht gestellt werden darf.

Was sind die Ursachen dieser Geisteskrankheit?

Nur sehr selten, vielleicht niemals, entsteht Geisteskrankheit aus einer einzigen Ursache allein. Allermeist liegt vielmehr ein Zusammenwirken vieler, entweder zeitlich weit zurückliegender und darum einen mehr vorbereitenden Charakter tragender oder direkt beeinflussender Ursachen vor. Die Geisteskrankheit überfällt alsdann den Menschen nicht wie ein Blitz aus heiterem Himmel, sondern erscheint, so plötzlich und unerwartet auch oft ihr Auftreten scheinbar sein mag, als das langsam vorbereitete Resultat einer ganzen Reihe darauf abzielender, psychischer und somatischer Vorgänge. Darum ist die Erforschung der Aetiologie so wichtig und schwierig zugleich. Dieselbe muss sich nicht bloss auf

die gesammte körperliche und geistige Vorgeschichte bis zum Zeitpunkte der Erkrankung, nicht bloss auf die Herkunft, auf Familienanlage, auf habituelle und individuelle Eigenthümlichkeiten, sondern auch auf Erziehung, Lebensgewohnheiten, Beschäftigungen, Vergnügen, äussere Lebensschicksale, kurz, auf alles das erstrecken, was die Gestaltung eines vollständigen Gesammtbildes der zu untersuchenden Persönlichkeit, eine Biographie im eigentlichen Sinne, ermöglicht. Nicht immer, vielleicht nur in der Minderzahl der Fälle, kann diese hohe, ideelle Forderung in vollstem Maasse erfüllt werden, und häufig werden wir, wenn uns die Nachrichten fehlen, mit Bruchstücken, mit Theilen eines Bildes, vorlieb nehmen müssen. Aber niemals dürfen wir glauben, im concreten Falle die Ursachen einer Geisteskrankheit befriedigend aufgeklärt zu haben, wenn wir uns lediglich an ein, wenn auch noch so auffallendes, äusseres Erlebniss kurz vor Ausbruch der Krankheit halten und nicht vielmehr den oben bezeichneten Standpunkt annehmen, auf dem die Geisteskrankheit als das gemeinsame Produkt sämmtlicher bisheriger Lebenszustände erscheint.

Nicht in jedem Einzelfalle ferner ist ein vorhandener Umstand, welcher sonst erfahrungsgemäss häufig als direkte Ursache von Geisteskrankheit auftritt, als solche anzusehen. Die Trunksucht z B., die constitutionelle Syphilis sind sehr häufig die direkte Ursache von Geisteskrankheiten, aber man würde sehr fehlgreifen, wenn man in jedem einzelnen Falle, wo einer dieser beiden Umstände notorisch stattgefunden hat, ihn nun auch ohne Weiteres als direkte Ursache ansprechen wollte. Schläge auf den Kopf sind häufig von Geisteskrankheiten gefolgt, ohne doch als direkte Ursache angesehen werden zu dürfen. So führt Schlager in seinem, heute noch als vorzüglichste Quelle für unsere Kenntniss des traumatischen Irreseins angesehenen', berühmten Aufsatze: „Ueber die in Folge von Gehirnerschütterung sich entwickelnden psychischen Störungen" (Zeitschr. d. K. K Gesellsch. d. Aerzte zu Wien 1857) an, dass er unter 500 geisteskranken Individuen zwar 49 Fälle ermittelt habe, in denen der causale Zusammenhang zwischen Gehirnerschütterung und Geisteskrankheit angenommen werden musste, dass ihm in 52 anderen Fällen jedoch, „bei welchen vor dem Ausbruche der psychischen Störung ebenfalls traumatische Einflüsse stattfanden, die Annahme eines Einflusses des stattgehabten Traumas auf die Entwickelung der Störung nicht gerechtfertigt erschien." Auch noch andere Fälle sind aus der Literatur bekannt, wo eine vorsichtige Beurtheilung des Thatbestandes den ursächlichen Zusammenhang zwischen Verletzung und Psychose ausschliessen musste.

(S. den Fall von Hack, Zeitschr. f. Staatsarzneikunde, N. F. Bd. 24.) Warum hat man in allen diesen Fällen und noch in vielen anderen nicht ebenfalls die Körperverletzung als Ursache angenommen? Einfach, weil die specifischen Symptome fehlten. Aus diesem Dilemma nämlich führt nur ein Weg, die Erfahrungswissenschaft, welche durch genaue klinische Beobachtung und statistische Sammlung vieler Einzelfälle gewisse ätiologische Krankheitsgruppen, denen mehr oder minder genaue präcisirte, specifische Symptome eigen sind, zusammengestellt hat.

So kennen wir alkoholistische, luetische, epileptische, traumatische Psychosen, und wenn wir diese Ausdrücke gebrauchen, so wollen wir nicht bloss einen Causalnexus damit bezeichnen, sondern verbinden damit zugleich den Begriff einer durch bestimmte Symptome ausgezeichneten Krankheitsform. Finden wir demnach im Einzelfalle ein solches ätiologisches Moment zwar vor, sehen es aber nicht von den specifischen Symptomen oder wenigstens den wichtigeren derselben gefolgt, so müssen wir es, falls wir nicht aus der hellen Sphäre des Beweises in das Dunkel der Vermuthung hinabsteigen wollen, einfach ausschliessen. Dieser Grundsatz gilt natürlich umsomehr, wenn ausserdem andere genügende Ursachen sich nachweisen lassen. Also nicht die blosse Succession in der Zeit und der Grundsatz: „post hoc ergo propter hoc“, sondern lediglich die klinischen Symptome sind hier massgebend.

Nach diesen Grundsätzen wollen wir auch vorliegenden Fall begutachten.

Wir sehen einen bisher in körperlicher und geistiger Beziehung anscheinend zwar gesunden, aber in Wachsthum und Pubertätsentwickelung hinter seinem Alter zurückgebliebenen, 17jährigen jungen Menschen, dessen seitdem anscheinend gesund gebliebene Mutter vor 15 Jahren ebenfalls geisteskrank war, 2—3 Tage nach einem trunkfälligen Excess und bei dieser Gelegenheit erhaltenen Schlägen auf den Kopf an Manie mit nachfolgender Melancholie erkranken. Hier bieten sich uns folgende ätiologische Momente dar, die wir auf ihren Werth zu prüfen haben werden:

1. die erbliche Disposition,
2. das Pubertätsalter,
3. der trunkfällige Excess,
4. die körperlichen Misshandlungen, und zwar wirkend entweder
 a) durch Gehirnerschütterung, oder
 b) auf psychischem Wege durch Schreck.

ad 1. Ohne hier eine detaillirte Schilderung der Lehre von den erblichen Geisteskrankheiten geben zu können, bemerke ich nur Folgendes. Es giebt eine Form der erblichen Uebertragung welche sich bereits äusserlich durch gewisse Zeichen der Abartung, der Degenerescenz, z. B. Asymmetrie und Kleinheit des Schädels, Deformitäten an äusseren Gebilden, wie dem Ohr, kennzeichnet. Selche, nach einem viel gebrauchten Ausdrucke Griesinger's, „organisch belastete" Individuen werden schon krank geboren, die später auftretende Psychose ist gewissermassen nur das letzte Glied der Kette, die höchste Steigerung in dem Klimax krankhafter Zustände. Diese Form liegt hier offenbar nicht vor, obgleich nicht verschwiegen werden darf, dass die zurückgebliebene körperliche und geschlechtliche Entwickelung des Exploraten ein Umstand ist, der wohl Bedenken zu erregen geeignet ist.

Eine andere Form der Erblichkeit besteht darin, dass nur eine in ihren materiellen Bedingungen zwar dunkele, aber offenbar ebenfalls organisch bedingte Disposition zu leichterer Erkrankungsfähigkeit, eine grössere Reizbarkeit, Anfälligkeit, Verwundbarkeit in psychischer Beziehung vorhanden ist. Leben solche Individuen in individuell besonders glücklichen Verhältnissen und wirken keine erhöhten psychischen Reize auf sie ein, so können sie durch's Leben gehen, ohne jemals geistig zu erkranken Tritt dies Ereigniss jedoch ein, so zeigt sich sehr häufig das eigenthümliche Verhalten, dass die Psychose denselben Charakter und mutatis mutandis dieselben Symptome wie die, von denen eines der Eltern oder die sonstige Ascendenz befallen worden war, aufweist.

Dies scheint hier einzutreffen und ist mit Bezug hierauf das damals über die Krankheit der Mutter in der Irrenanstalt geführte Journal recht instruktiv. Es heisst daselbst:

„Bereits vor einem Jahre, erzählte ihr Mann, habe sie öfters über Druck in der Magengegend, Schwindel, Beklommenheit geklagt und mitunter habe sie ganz plötzliche Angstanfälle bekommen." — „Nach der Entbindung hätten sich diese Erscheinungen stärker und heftiger gezeigt, und nachdem sie von einem Handelsjuden betrogen worden, sei sie ganz plötzlich tiefsinnig geworden Sie habe nichts mehr gesprochen, nur wenig genossen, Schlaf sei schlecht gewesen; oft wäre sie aus dem Hause gelaufen in das Feld etc." — „Vor 3 Tagen sei sie sehr unruhig gewesen, des Nachts im Hause umhergelaufen; ihre Kleider hätte sie vom Leibe gerissen und unverständliche Worte vor sich hingemurmelt."

Die Entstehungsursache ist hier zwar anders angegeben, als wie sie die Zeugin jetzt nach 15 Jahren selbst zu den Akten an-

geführt hat und wonach ein plötzlicher Schreck während der Laktation die Ursache gewesen sein soll. Man kann im Zweifel darüber sein, welche Version die richtige ist; ich entscheide mich aus inneren und äusseren Gründen für die im Journal enthaltene. Wenn es ferner in dem Journal heisst:

„Sie sass meistens schweigend, in sich versunken und mit stierem Blicke da, beantwortete keine Frage, war träge und ohne Lust zur Arbeit. Dann kamen Tage vor, wo sie unruhig wurde, manchmal den ganzen Tag tanzende Bewegungen machte," — ferner: „Sie blieb immer still und wortkarg, aber es kam einzeln vor, dass, nachdem sie trübe und in sich versunken gewesen war, sie ohne Grund wiederholt lachte" — so ist es, als lese man die Krankengeschichte des Sohnes selbst, so genau stimmen Art und Symptome zusammen.

In diesem oben bezeichneten Sinne sind wir also meines Erachtens allerdings berechtigt, eine erbliche Disposition anzunehmen, wobei auch der scheinbare Gegengrund, dass der Sohn 2 Jahre vor dem Ausbruch der Krankheit der Mutter geboren wurde, nicht allzu schwer in's Gewicht fällt.

ad 2. Dass die Pubertätsentwickelung mit ihren mannigfachen, die gesammte Psyche so hoch betheiligenden und von Grund aus umformenden, mächtigen Erregungsimpulsen ganz besonders zu Geisteskrankheiten disponirt, ist eine allbekannte Erfahrung. Es giebt eine typische Form des Pubertäts-Irreseins, welche unter dem Bilde der Verrücktheit verläuft (Hebephrenie nach Hecker), mit der wir es hier jedoch nicht zu thun haben. Aber auch reine Melancholieen mit kurzem maniakalischem Vorläuferstadium werden nicht selten in der Pubertätszeit beobachtet, und so scheint mir denn auch der auf Analogie gebaute Schluss, dass die Pubertätsentwickelung hier mindestens einen mitbestimmenden Einfluss auf die Entstehung der Psychose geübt habe, nicht zu gewagt zu sein.

ad 3. Dasselbe gilt von dem trunkfälligen Excess. Bei einem mehrfach disponirten Individuum, dessen Geisteskrankheit, ohne dass es der Umgebung aufgefallen wäre, sich vielleicht schon länger vorbereitet hat (was ja täglich vorkommt), kann ein schwerer, trunkfälliger Excess allerdings die Gelegenheitsursache zum Ausbruch der ausgebildeten Krankheit werden. Es kann mir natürlich nicht einfallen, die Trunkenheit, mit Ausschluss aller anderen Momente, als alleinige direkte Ursache vorliegender Geisteskrankheit auszugeben, was ich auch in meinem vorläufigen Gutachten nicht gethan habe. Aber Nichts spricht dagegen, dass sie nicht mitbestimmend gewesen ist. Wenn das gerichtsärztliche Gutachten zu

einem entgegengesetzten Schluss kommt und den Einfluss der Trunkenheit hier rundweg ausschliesst, so konnte das nur dadurch geschehen, dass man erstens die eine starke Berauschung positiv ergebenden Zeugenaussagen in, wie mir scheint, objektiv nicht ganz gerechtfertigter Weise für unglaubwürdig ausgegeben hat, und dass zweitens dem Begriffe der starken Betrunkenheit willkürlich der eines „pathologischen Rausches“ und „sinnloser Betrunkenheit“ untergeschoben worden ist, woraus für die Beweisführung ausserdem noch der Vortheil erwuchs, an der Thatsache, dass Explorat nicht sinnlos betrunken gewesen sei, den Nachweis von dessen „gesunder geistiger Organisation“ zu führen.

Bezüglich des letzteren Punktes will ich noch Folgendes bemerken. Es ist richtig, dass eine abnorm geringe Toleranz gegen Spirituosen zu den Symptomen erblicher Belastung gerechnet wird, und wenn das gerichtsärztliche Gutachten weiter deducirt, es sei durch Erkundigungen (bei wem?) festgestellt, dass die Toleranz gegen Spirituosen seitens des Exploraten stets eine normale gewesen, so muss erwidert werden, dass abnorm verringerte Toleranz gegen Spirituosen zwar für normale Toleranz, aber noch nicht gegen erbliche Belastung eine Vermuthung abgiebt. Ueberdies ist das ganze Argument deswegen hinfällig, weil ja Explorat thatsächlich schwer betrunken war. Ob er in diesen Zustand in Folge verminderter oder trotz normaler Toleranz gelangt, ist für unseren Zweck unerheblich.

ad 4a. Klinisch lassen sich folgende Hauptgruppen des mit oder ohne äussere Verletzungen einhergehenden traumatischen Irreseins unterscheiden (v. Kraft-Ebing, Lehrbuch der gerichtlichen Psycho-Pathologie, 1875; Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten, 1878; Schlager l. c.):

a) das primäre traumatische Irresein, bei dem die Geisteskrankheit direkt auf die Kopfverletzung folgt;

b) das sekundäre traumatische Irresein, bei dem die Geisteskrankheit nicht direkt, sondern erst nach einem längeren, oft Jahre lang dauernden Zwischenstadium eintritt, ist hauptsächlich durch psychische Degenerations- und cerebrale Reizsymptome gekennzeichnet, Veränderung des Charakters, aufbrausendes, reizbares Wesen oder Gedächtnissschwäche, verbunden mit Kopfschmerz, Schwindel etc. Diese Fälle gehen meist in Blödsinn mit Lähmung über, oft nach vorausgegangenen mehrfachen tobsüchtigen Anfällen, oder es tritt Epilepsie ein. Mitunter bleibt auch die Krankheit im Prodromalstadium gewissermassen stehen. Es bleibt eine grosse Reizbarkeit, geringere Widerstandskraft gegen äussere Schädlich-

keiten, sodass intercurrente Tobsuchts- oder melancholische Anfälle auftreten, kurz eine gewisse, in dem Verhalten gegen die äusseren Lebensreize sich hauptsächlich dokumentirende Invalidität des Gehirns besteht.

Ich habe die Symptome dieses sekundären traumatischen Irreseins, obgleich es sich hier um ein solches überhaupt nicht, sondern nur um das primäre handeln kann, aus dem Grunde kurz mit aufgeführt, weil man den Einwand erheben könnte: was nicht ist, könne ja noch werden, man solle nur den weiteren Verlauf abwarten und sehen, wie sich etwa nach einem Jahre die Sache gestaltet haben würde. Dem wäre zu entgegnen, dass es sich hier deshalb nicht um das sekundäre Irresein handeln kann, weil das dasselbe charakterisirende Prodromalstadium hier eben fehlt, die Psychose sich vielmehr zeitlich unmittelbar an die stattgehabte Misshandlung angeschlossen hat.

Das primäre traumatische Irresein zeigt sich wiederum in 2 Hauptformen (Schüle l. c.): einer akuten und einer subakuten. Beiden ist gemeinsam, dass die Psychose sich entweder unmittelbar oder nach 3—4 Tagen an die Symptome der Hirnerschütterung anschliesst Die Symptome bei der akuten Form sind dann die einer Entzündung der Hirnhäute, also körperlich: starke Kopfcongestionen, Erbrechen, Zähneknirschen, Krämpfe, hohes Fieber; psychisch: traumartige, furibunde Delirien bei vollkommen fehlendem Bewusstsein. Diese Form, welche meist nach 8—10 Tagen zum Tode führt, liegt hier nicht vor.

Oder die Erkrankung tritt etwas leichter auf, nach der der Hirnerschütterung folgenden Bewusstlosigkeit kehrt anfänglich das Bewusstsein zurück, später folgen wieder Somnolenz und endlich heftige hallucinatorische Angstzustände mit Neigung zu Gewaltthätigkeiten. Auch diese Form liegt, wie aus der Krankengeschichte zu ersehen, hier nicht vor. Somnolenz kam nicht vor, die Angstzustände trugen nicht den Charakter der hallucinatorischen; Hallucinationen sind überhaupt nicht beobachtet worden; Neigung zu Gewaltthätigkeiten hat der Kranke, mit Ausnahme des Tages vor seiner Aufnahme, also ganz im Anfange, nicht, im weiteren Verlaufe der Krankheit überhaupt nicht gezeigt, und diese Gewaltthätigkeiten waren nicht durch Angstanfälle, also einen negativen Affekt, sondern gerade umgekehrt durch maniakalische Erregung, also expansiven Affekt, bedingt.

Die subakute Form zeichnet sich dadurch aus, dass auf eine schwere Gehirnerschütterung Bewusstlosigkeit von mehr oder minder langer Dauer folgt. Aus derselben erwacht, zeigt der Kranke die

Symptome primären Blödsinns, Schwerbesinnlichkeit, Gedächtnissschwäche, Apathie; verbunden mit motorischen Störungen, Zittern, Lähmungen und Sensibilitätsstörungen, namentlich der Sinnesnerven. Dass auch diese Form hier nicht vorliegt, braucht nicht des Näheren bewiesen zu werden.

Wie wir sehen, lehren Wissenschaft und Erfahrung, dass Geisteskrankheiten nach Kopfverletzungen immer durch das Medium der Gehirnerschütterungen gegangen sein müssen, um als traumatisch erzeugte beglaubigt zu sein. Hier hat aber überhaupt gar keine Gehirnerschütterung vorgelegen, denn eine solche dürfen wir doch nur annehmen, wenn die sehr prägnanten, jedem Laien imponirenden Symptome wirklich nachgewiesen sind. Das gerichtsärztliche Gutachten versucht diesen Nachweis zu führen, — wie mir scheint, ohne Erfolg Dass einzelne Thatsachen, welche dasselbe in der Geschichtserzählung als Vorbereitung für diesen Beweis anführt, nicht aktenmässig sind, habe ich Eingangs schon erwähnt. Zur Erklärung der Thatsache, dass der im Zustande schwerer Betrunkenheit nach Hause gekommene Knabe nach knapp dreistündigem Schlafe nicht hat ermuntert werden können, braucht man noch nicht zur Annahme einer Gehirnerschütterung zu schreiten. Dergleichen kommt wohl alle Tage, auch in der „Breite der Gesundheit“ vor. Wenn es ferner daselbst heisst: „später ist ihm die Erinnerung an alles Das verloren gegangen,“ — so muss doch darauf aufmerksam gemacht werden, wie wenig auf die Angaben dieses wortkargen Kranken, der kaum auf Suggestivfragen genügende Auskunft giebt, zu geben ist. Ueberdies heisst es immer: er erinnere sich gar nicht, überhaupt Schläge bekommen zu haben. Läge nun hier eine Amnesie in Folge der Schläge vor, so wäre anzunehmen, dass er sich zwar der Vorgänge nach Empfang der Schläge nicht mehr, aber wohl noch der Schläge selbst, mindestens des ersten Schlages erinnern würde Die Amnesie, welche der Kranke darbietet, ist die Amnesie der Trunkenheit, nicht der Gehirnerschütterung. Dass Koma, das specifische Kennzeichen der Gehirnerschütterung, hier stattgefunden habe, ist durch Nichts erwiesen, und der Umstand, dass der Kranke nach trotz der schweren Trunkenheit nur 7stündigem Schlafe aufgestanden ist und körperliche Arbeiten verrichtet hat, spricht geradezu dagegen — Nach dem gerichtsärztlichen Gutachten soll die in Folge der Schläge acquirirte Bewusstlosigkeit bei der Rückkehr nach Hause noch nicht behoben gewesen sein und der Verletzte alle Reden und Handlungen vor und bei dem Zubettegehen, wie dies bei schweren und schwersten Gehirnerschütterungen und gerade nur bei solchen vorzukommen

pflegt, gewissermassen automatisch verrichtet haben, eine Annahme, für die nicht nur jeder Beweis fehlt, sondern gegen die sich direkte Gegenbeweise erheben lassen. Schon die angewandte Methode war nicht richtig, denn es durfte hier nicht, wie geschehen, deductiv, sondern es musste der Lehre gemäss inductiv verfahren werden. Zuerst musste der Zustand des Verletzten bei dieser Gelegenheit, d. h. bei der Nachhausekunft genau geprüft werden, und erst wenn auf diese Weise an klinisch-empirischen Zeichen sicher oder mit grosser Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden konnte, dass die Handlungen im Zustande der Bewusstlosigkeit vorgenommen worden waren, erst dann durfte man darauf einen Rückschluss auf Gehirnerschütterung machen. Keinenfalls aber durfte man deduciren, weil hier Gehirnerschütterung vorläge, müssten die Handlungen im Zustande von Bewusstlosigkeit begangen worden sein. War man, wie hier, überhaupt gar nicht in der Lage gewesen, den betreffenden Zustand zu prüfen, so durfte man ihn auch nicht zur Beweisführung heranziehen; da heisst es einfach: non liquet.

Die klinische Erfahrung bietet, wie wir gesehen haben, keinen Anhaltspunkt zur Bejahung der Frage von dem traumatischen Charakter der uns beschäftigenden Psychose. Das gerichtsärztliche Gutachten spricht den Grundsatz aus: „Wollte man aber allein nach Massgabe dieser Erfahrungen bei Beurtheilung der Entstehung eines Krankheitsfalles verfahren und alle nicht in den oben angedeuteten Rahmen hineinpassenden Krankheitsbilder von den möglichen und direkten Folgen ausschliessen, so würde man einem folgenschweren Irrthum anheimfallen,“ — aber kaum ein anderer Gerichtsarzt wird ihm hierin folgen. Unsere Wissenschaft ist eine Erfahrungswissenschaft, und die gerichtliche Medicin ist die auf einen gewissen Fall angewandte Erfahrungswissenschaft. Den Boden der Erfahrung verlassen, heisst: uns selbst das Fundament untergraben, heisst: uns der einzigen Leuchte berauben, welche die mühsamen Wege der Forschung, spärlich genug, beleuchtet.

ad 4 b. Misshandlungen können durch Schreck, also durch psychischen Shok, Geisteskrankheit bedingen. Die Symptome, welche sich überdies, durch gar kein Intervall unterbrochen, unmittelbar anschliessen, sind hauptsächlich die des Stupors, halb paralytische oder epileptoide, mit gleichzeitigen Störungen der Ernährung und Blutbildung einhergehende, oft Jahre lang unveränderte Zustände. Auch diese Wirkung ist hier auszuschliessen.

In der Krankengeschichte wird noch eines Umstandes gedacht, welcher eine kurze Besprechung erfordert. Es heisst, der Kranke habe im Anfange der Krankheit über „ein feines Gehör und Sausen

in den Ohren“ geklagt. Dergleichen Störungen auf sensoriellem Gebiete sind (Schlager l. c) eine häufige Folge von Gehirnerschütterungen und im Vereine mit anderen charakteristischen Symptomen helfen sie das Bild vervollständigen. Aber für sich allein beweisen sie nicht viel, es sind Symptome fluxionärer, congestiver Zustände, welche erfahrungsgemäss auch bei anderen Geisteskrankheiten vorkommen.

Wenn wir somit nachgewiesen haben, dass der unserer Beurtheilung unterbreiteten Geisteskrankheit der Charakter einer traumatischen nicht zukommt, so könnte man fragen was war denn nun in Wirklichkeit die Ursache? Wir würden darauf antworten: mit obiger Beweisführung sei unsere Aufgabe gelöst, was weiter etwa noch zu erörtern, seien Fragen lediglich specifisch-psychiatrischen, aber nicht gerichtsärztlichen Interesses. Eine naturhistorische Pathogenese zu liefern, seien wir nicht berufen. Aber einer Ueberzeugung will ich trotzdem noch Ausdruck geben, einer Ueberzeugung, welche, ohne sich auf sichere Beweise stützen zu können, sich doch weit über das Niveau einer blossen, haltlosen Vermuthung erhebt Aus inneren und äusseren Gründen nämlich bin ich der Ueberzeugung, dass die Psychose des jungen L. nicht erst ohne alle Vorboten im Anschluss an die Ereignisse des 5. Mai aufgetreten, sondern sich schon länger vorbereitet hat, und dass der trunkfällige Excess des unentwickelten Knaben durch seine, das Gefäss- und Nervensystem so stark mitbetheiligenden, fluxionären Zustände eine den wirklichen Ausbruch beschleunigende Rolle dabei gespielt hat. Die Angehörigen sagen zwar, es sei ihnen niemals, auch während der letzten Zeit nicht, etwas Krankhaftes an dem Exploraten aufgefallen; aber man weiss ja, wie wenig solche, den ganzen Tag mit schwerer körperlicher Arbeit beschäftigte Leute geeignet sind, auf subtilere Aenderungen in der psychischen Sphäre ihrer Umgebung zu achten, und ausserdem ist, wie ich hier nachträglich bemerke, eine Zeugenaussage vorhanden, welche ein gewisses Gewicht zu Gunsten obiger Meinung in die Waagschale wirft. Der Zeuge S., Lehrherr des L, sagt aus: der inzwischen auf die Wanderschaft gegangene Geselle R. habe auf Befragen, warum L. nicht zur Arbeit gekommen sei, geantwortet: L. habe schon in voriger Woche, also vor dem 5. Mai, über die Brust geklagt und geäussert, dass er vielleicht krank werde. Die Vermuthung, dass hier möglicher Weise leichte prodromale Angstanfälle vorgelegen haben, lässt sich wenigstens nicht ganz von der Hand weisen.

Dem sei, wie es wolle. Lassen wir uns an der Ueberzeugung genügen, dass wir es auch hier mit einer Complexität mehrerer Ursachen zu thun haben, und dass die Annahme, unter diesen, wenn auch nicht direkt veranlassend, so doch wenigstens mitwirkend, sei möglicher Weise auch die körperliche Misshandlung zu begreifen, höchstens auf vagen Vermuthungen, aber keinen bewiesenen Thatsachen beruht.

Ich gebe deshalb mein Endgutachten dahin ab:

1) J. L. leidet an einer akuten Geistesstörung;

2) es ist nicht erwiesen, dass derselbe in Folge der Misshandlungen des Beschuldigten in Geisteskrankheit verfallen ist.

Sechsundzwanzigstes Kapitel.

Die öffentliche Irrenfürsorge. Die Fortschritte der Irrenpflege. Die Verbringung des Kranken in eine Irrenanstalt.

Die Irrenpflege, wie wir sie heute verstehen, ist eine Frucht fortgeschrittener Humanität, also ein modernes Erzeugniss. Krankenpflege hat es schon im Mittelalter gegeben, aber die Irrenpflege ist in der Hauptsache ein Kind unsrer und der unmittelbar hinter uns liegenden Zeit. Es ist nicht schwer, den Grund der früheren Vernachlässigung einzusehen. Das Mittelalter verkannte ganz und gar den untrennbaren Zusammenhang zwischen Geist und Körper und betrachtete ersteren als etwas ausserhalb und über dem Körper Stehendes, das selbstständig erkranken könne. Demgemäss gestalteten sich auch die Vorstellungen über das Irresein. Die Geisteskranken, welche man lediglich nach ihren Reden und Handlungen beurtheilte, galten grösstentheils als boshafte und moralisch verderbte Menschen, als solche, die vom wahren Glauben abgefallen waren, als Besessene und dem Teufel Verfallene. Es war die Zeit, wo auch der wüste Hexenaberglaube seine Blüthen trieb.

So gab es, von geringen hier und da auftauchenden Anfängen abgesehen, keine Irrenpflege. Tobsüchtige warf man mit Ketten belastet in finstere Kerker, wo sie in Schmutz und Elend verkamen, ruhige Schwachsinnige und solche, deren Wahnideen nicht gerade gegen die herrschenden Zeitanschauungen verstiessen, liess man einfach laufen, oder gab ihnen ein kümmerliches Asyl in Klöstern und Siechenhäusern. Viele kamen auf den Scheiterhaufen. Etwas milder waren freilich die Sitten und Anschauungen allmälig geworden. Man fing an, sich der Irren anzunehmen, aber allerdings in sehr unzu-

länglicher Weise. Man sammelte die Lästigen und Gemeingefährlichen und sperrte sie in besondere Abtheilungen von Zucht-, Werk- und Arbeitshäusern, oder man baute Tollhäuser und Narrenthürme, wo sie zu oft nur der rohen Neugier und Spottlust des ungebildeten Pöbels preisgegeben waren.

Es war um die Mitte des 18. Jahrhunderts, als in England die ersten zielbewussten und nachhaltigen Anfänge einer verständigen Irrenpflege gemacht wurden. Nachdem schon im Jahre 1754 zu St. Lukas in London eine Irrenanstalt entstanden war, errichteten im Jahre 1765 die Quäker zu York unter dem Namen „Retrait" ein noch heute bestehendes Asyl, und zwar mit dem ausgesprochenen Zwecke, Geisteskranke zu heilen, was deswegen bemerkenswerth erscheint, weil merkwürdiger Weise die Erfahrung, dass Geisteskranke heilbar sind, noch gar nicht gemacht oder wieder verloren gegangen war. Ferner ist es als ein grosses Verdienst dieses Unternehmens zu bezeichnen, dass schon damals ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, Geisteskranke würden am Besten nicht durch moralischen Zwang, sondern durch körperliche Pflege, gute Kost, frische Luft, reines Wasser, kurz, was wir heutzutage die sanitären Bedingungen nennen würden, hergestellt. Dieses Beispiel blieb nicht ohne Nachahmung, und bald entstanden in England, in Schottland und in Frankreich zahlreiche Irrenanstalten.

In Deutschland konnte man erst nach den Stürmen der napoleonischen Zeit daran denken, dem Beispiele der westlichen Nachbarn und anderer Kulturstaaten zu folgen. Erst im Jahre 1817 wurde die erste deutsche Irrenanstalt, und zwar auf dem Sonnenstein im Königreiche Sachsen errichtet. Im Laufe der Zeit folgten dann auch die anderen Staaten und Provinzen nach Massgabe des erkannten Bedürfnisses.

Hiermit war allerorten zuerst der Grund nicht bloss zu einer menschlichen Behandlung der Irren, sondern auch zur psychiatrischen Wissenschaft gelegt. In baulicher und administrativer Beziehung waren die Anstalten natürlich von verschiedenem Werthe. In der ersten Zeit pflegte man sie wohl gern in alten aufgehobenen Klöstern und ähnlichen Gebäuden, die in hygieinischer Beziehung unseren heutigen Ansprüchen nicht mehr genügen würden, anzusiedeln, und erst in neuerer Zeit, wo die zunehmende Zahl der Geisteskranken zur Vermehrung der Anstalten drängte, fing man an, besondere Gebäude zu errichten, oft wahre Paläste voll Behaglichkeit und Eleganz, immer aber mit den neuesten Errungenschaften der Wissenschaft und Technik ausgestattet. Eine Reihe tüchtiger, selbst ausgezeichneter Aerzte stand an der Spitze derselben. Unter ihrer Pflege entwickelte

sich auch die Irrenheilkunde, welche bisher isolirt, ja missachtet dagestanden hatte, zu hoher Blüthe.

In diese Periode, welche man auch die Periode der grossen geschlossenen Anstalten nennen könnte, fällt ein neuer, wesentlicher Fortschritt, der wiederum von England ausging, nämlich die Beseitigung der mechanischen Zwangsmittel. Der englische Irrenarzt Conolly stellte zuerst in den dreissiger Jahren dieses Jahrhunderts den Grundsatz auf, Zwangsmittel, bei Geisteskranken angewandt, seien nicht bloss entbehrlich, sondern selbst schädlich. Die Gründe, warum man früher nicht ohne Zwangsmittel auskommen zu können glaubte, sind unschwer zu finden. Zunächst war es die Tobsucht und die Gemeingefährlichkeit mancher Irren, gegen die man diese selbst und ihre Umgebung schützen wollte. Man kannte aber kaum andere, als mechanische Mittel zur Bekämpfung dieser Zustände. Narkotica gab es noch bei Weitem nicht in der Zahl, wie heute, noch weniger waren die Anzeigen für ihren Gebrauch festgestellt, und endlich war auch die Erfahrung, dass auch Tobsüchtige sich nirgends besser, als im Bett beruhigen lassen, noch nicht gemacht worden. Zugleich wurden die Zwangsmittel aber auch als Strafmittel benutzt, was gleichfalls nicht Wunder nimmt, wenn man eine Zeit in's Auge fasst, wo man noch des Glaubens lebte, durch psychische Einwirkungen viel erreichen zu können. Die Nachtheile der Zwangsbehandlung sind aber nicht bloss körperlicher Natur, namentlich durch Behinderung der Athmung und des Blutkreislaufes, sondern auch in psychischer Beziehung sind sie verwerflich. Denn sie tragen den Stempel des den Kranken Entwürdigenden und moralisch Erniedrigenden an sich. Erst durch die Abschaffung der Zwangsmittel sind die Irren-Anstalten, denen früher noch vielfach etwas an Correktionshäuser Erinnerndes anhaftete, zum Range wirklicher Kranken-Anstalten erhoben worden.

Obgleich dieses segensreiche System der zwangsfreien Behandlung, welches man auch nach dem Englischen das Norestraintsystem (no restraint = kein Zwang) nennt, in seinem Vaterlande England sich rasch ausbreitete, dauerte es doch geraume Zeit, bis es auch auf dem Festlande, namentlich in Deutschland, gebührende Würdigung fand. Jetzt ist es wohl fast überall Gemeingut der deutschen Irrenärzte geworden. Aber freilich genügt es nicht allein, die Zwangsjacke zu verbannen. An Stelle der mechanischen Mittel müssen lebendige menschliche Kräfte, nicht Muskelkräfte, sondern die seelischen Kräfte der Hingebung an den Beruf, Umsicht und Geistesgegenwart treten. Darum wird die Methode ihre volle Wirksamkeit auch nur da entfalten, wo ein diesen Erfordernissen entsprechendes Pflegerpersonal zur Verfügung steht.

Ein weiterer wesentlicher Fortschritt der Irrenpflege während der letzten Jahrzehnte bestand in der Heranziehung der sogenannten freien Verpflegungsformen. In den alten geschlossenen Irren-Anstalten pflegte man ohne Unterschied alle Arten von Irren unterzubringen, akut und chronisch Kranke, ruhige Blödsinnige, körperlich Sieche und rüstige Arbeiter. Höchstens, dass man gesonderte Anstalten für voraussichtlich Heilbare und für Unheilbare, sogenannte reine Heil- oder reine Pflege-Anstalten schuf, was dem wirklichen Bedürfniss auch nicht entgegenkam. Aber man vermochte sich doch auf die Länge der Wahrnehmung nicht zu verschliessen, dass nicht alle Kranke gleich „gefährlich“, ja, dass dies die meisten Kranken überhaupt nicht sind, und dass darum auch nicht alle der bisher geübten strengen Abschliessung bedurften. Man machte mit der Zeit die Erfahrung, dass für viele Kranke die Abschliessung, die geschlossene Disciplin und der Mechanismus der Anstalt nicht nur überflüssig, sondern auch störend und schädlich sei. Dies Alles, zusammen mit der allmälig erstarkenden Erfahrung von der erhaltenden und ableitenden Kraft der Arbeit, sowie, dass die meisten Kranken viel mehr Freiheit vertragen können, als man ihnen bisher zugetraut hatte, endlich die Rücksicht auf die bei dem bisherigen System immer lästiger sich fühlbar machende Ueberfüllung der Anstalten, führte mit der Zeit zu den sogenannten freien Verpflegungsformen. Das Wesen derselben besteht darin, dass sie sich ausserhalb der geschlossenen Anstalten vollziehen. Man kennt folgende zwei Arten: die landwirthschaftliche Colonie und die familiale Verpflegung. Unter letzterer ist jedoch nicht die Verpflegung in der eigenen Familie des Kranken zu verstehen, sondern solche in fremden Familien, deren eine grössere Anzahl in einer Ortschaft wohnen, sodass auch hier eine Art zerstreuten Colonialsystems entsteht. Unter einer landwirthschaftlichen Colonie versteht man ein grösseres oder kleineres Landgut, welches ganz oder grösstentheils von Irren bearbeitet wird. Während in der ersten nur rüstige männliche Arbeiter, welche hauptsächlich in den Kategorien der Leicht-Schwachsinnigen, Hallucinanten und Paranoiker zu suchen sind, aufgenommen werden, ist die zweite für harmlose Verrückte und Blödsinnige beiderlei Geschlechts, die zu schwerer Landarbeit meist unfähig sind, bestimmt. Die geschlossene Anstalt verbleibt alsdann für die frischen heilbaren Fälle, ferner für gemeingefährliche und endlich für körperlich sehr hinfällige Kranke. Da jede dieser drei Verpflegungsformen ihre besondere Aufgabe zu erfüllen hat, so entspricht die Vereinigung aller drei Systeme zu einem Ganzen am besten den Anforderungen der modernen Irrenpflege. Jedenfalls dürfen die freien Verpflegungsformen nur im Anschluss an

eine geschlossene Anstalt errichtet werden. Die landwirthschaftlichen Colonieen sind in Deutschland schon sehr vielfach vertreten, weniger die familiale Verpflegung, welche letztere hauptsächlich in Schottland, ferner auch in dem bekannten belgischen Dorfe Gheel Anwendung gefunden hat. Auch auf das innere Leben der geschlossenen Anstalten sind die freien Verpflegungsformen nicht ohne wohlthätigen Einfluss geblieben. Denn von einem grossen Theil der chronischen Unheilbaren, d. h. überflüssigen und hemmenden Elemente entlastet, können sich dieselben auch voller und freier zu dem entfalten, was sie ihrer ganzen Bestimmung nach nur sein dürfen, zu Kranken-Heilanstalten.

In diesem Bestreben nach Theilung ist man noch einen Schritt weiter gegangen. Die Rücksicht auf den innigen Zusammenhang zwischen reinen Nerven- und Geisteskrankheiten hat zur Errichtung von offenen Heilanstalten für Gemüths- und Nervenkranke geführt. Auch dies ist als ein Fortschritt zu begrüssen. Denn für die socialen Beziehungen der Genesenen ist es keineswegs ganz gleichgiltig, ob sie Aufenthalt in einer „Irrenanstalt“ oder einer „Nervenheilanstalt“ genommen haben, und es steht Nichts im Wege, solchen berechtigten Empfindungen, soweit es mit dem Heilzwecke vereinbar ist, Rechnung zu tragen.

Die Ansprüche an die Leistungsfähigkeit der öffentlichen Irrenfürsorge haben mit den steigenden Ergebnissen genauerer Irrenzählung gleichen Schritt gehalten und sind selbst in stetem Steigen begriffen. Während man vor etwa 20 Jahren 3 pr. Mill. Geisteskranke auf die Bevölkerung zählte, wovon etwa 1 pr. Mill. der öffentlichen Fürsorge zur Last fiel, zählt man jetzt 5 pr. Mill. mit 3 — 4 pr. Mill. öffentlich zu Versorgender. Dazu tritt der Umstand, dass die Anstalten, je besser sie geworden und je mehr sich die Volksvorurtheile gegen sie gemindert haben, auch desto mehr aufgesucht werden.

Einen Theil der öffentlichen Fürsorge haben den staatlichen Verbänden die Privatanstalten abgenommen, die in reicher Zahl unter bewährten Leitern über ganz Deutschland verstreut sind. Ursprünglich nur für die besseren Klassen bestimmt und den Charakter geschlossener Anstalten bewahrend, haben sich in letzter Zeit einige derselben auch dem Colonialsystem zugewandt und beschäftigen arbeitsfähige Irre, die ihnen von den Provinzial-Anstalten zugewiesen werden, mit landwirthschaftlichen Arbeiten.

Die Irrenanstalt dient also zur Aufnahme heilbarer und gemeingefährlicher Kranker, nebenbei auch solcher Personen, welche behufs Begutachtung zu richterlichen und Verwaltungszwecken einige Zeit beobachtet werden sollen.

Es erhebt sich nun die Frage, wann und wie soll der Kranke in die Anstalt gebracht werden? Als Regel darf es wohl ein für allemal feststehen, dass die Anstalt für jeden Heilbaren der passendste Aufenthalt ist. Die Fälle, in denen der Kranke auch in seiner Wohnung alle wesentlichen Heilkräfte, die einer Anstalt zu Gebote stehen, sich verschaffen kann, sind nur sehr selten und auch dann nur in den höchsten Lebenskreisen zu finden. Allerdings kommt es vor, dass Geisteskranke, selbst wenn sie nicht in so ausnahmsweise günstigen Verhältnissen leben, ausserhalb einer Anstalt genesen. Aber dann erfolgt die Genesung nicht weil, sondern obgleich der Kranke in keine Anstalt verbracht wurde.

Den Begriff der Gemeingefährlichkeit fasst man, wenn es sich um die Unterbringung eines Kranken handelt, zweckmässiger Weise so weit als möglich. Man versteht unter einem gemeingefährlichen Irren nicht bloss einen solchen, der bereits schwere Handlungen gegen sich oder seine Umgebung begangen hat, sondern auch einen solchen, von dem solche Handlungen bei der Natur seines Leidens zu erwarten stehen. Da dies auch bei akuten Affektkrankheiten, ja bei diesen insbesondere zutrifft, so sind heilbare Kranke zugleich oft gemeingefährlich.

Folgende Umstände sind für die Verbringung des Kranken in eine Anstalt massgebend:

1. Wenn melancholische Verstimmung mit grosser Unruhe, Versündigungsideen und starkem Ernährungsrückgange einhergeht.

2. Wenn maniakalische Verstimmung oder Grössenideen eines Paralytikers zu groben Ausschreitungen oder zu Käufen und Spekulationen, wodurch das Vermögen gefährdet wird, Veranlassung giebt.

3. Wenn Selbstmordneigung vorliegt.

4. Wenn Nahrungsverweigerung vorliegt.

5. Wenn tobsüchtige Aufregung vorliegt.

6. Wenn befehlende Hallucinationen und befehlende Zwangsvorstellungen vorhanden sind.

7. Wenn die Wahnideen eines Paranoikers derart beschaffen sind, dass sie zu Abwehrhandlungen, die einen gemeingefährlichen Charakter annehmen können, drängen.

8. Wenn die häuslichen Verhältnisse überhaupt die Pflege nicht mehr gestatten.

In der Irrenanstalt findet der Kranke Alles zu seiner Herstellung Dienliche Zunächst erweist sich schon die Versetzung aus ungeeigneten häuslichen Verhältnissen, aus einem unruhigen, die Aufregung steigernden Leben in ruhige geordnete Verhältnisse sehr wohlthätig. So bewährt sich die Anstalt an sich schon als direktes Heilmittel.

Ausserdem findet der Kranke dort Schutz vor Gefahren, die er sich selbst bereitet, namentlich vor Selbstmord und Vermögensverlust. Er findet auch, so seltsam dies auch klingen mag, oft mehr Freiheit, als zu Hause, wo man nur zu leicht geneigt ist, aus einem Extrem in das andere zu fallen und dem Kranken bald allen Willen lässt, bald ihn aus übertriebener Aengstlichkeit zu sehr einengt. Er kann sich einigermassen gehen lassen, ohne auf Schritt und Tritt kritisirt, moralisirt und korrigirt zu werden. Er findet nicht bloss Wohlwollen, sondern auch verständnissvolle Schonung.

Der Arzt soll sich rechtzeitig entscheiden und nicht kostbare Zeit ungenützt verstreichen lassen. Er spreche aber, bevor er zu einem Entschluss gekommen, dem Kranken überhaupt nicht von der Anstalt und halte ihm die Aussicht auf eine solche nicht gewissermassen als Drohung vor Augen. Hat man sich aber einmal entschlossen, so erkläre man, nachdem alle Vorbereitungen erledigt, kurz vorher dem Kranken zwar rücksichtsvoll, aber fest und bündig die vorliegende Nothwendigkeit. Meist nimmt der Kranke eine solche Eröffnung viel ruhiger auf, als befürchtet wurde. Widerspricht er, so hüte man sich zu parlamentiren und seine freie Zustimmung erlangen zu wollen, sondern spreche von der Massregel stets als von etwas unabänderlich Abgemachtem.

Namentlich verfalle man nie in den Fehler, aus falscher Rücksichtnahme oder um sich und dem Kranken eine Scène zu ersparen, die Hand dazu zu bieten, dass der Kranke mit List und unter falschen Vorspiegelungen in die Anstalt verbracht werde. Vielmehr bedenke man, wie schädlich das durch ein solches Verfahren geweckte Misstrauen auf den ohnehin rathlosen Kranken wirken muss, wie schwer beeinträchtigt sogar möglicherweise der ganze Genesungsprozess dadurch werden kann. Mancher geheilte Kranke hat aus diesem Grunde zeitlebens Groll und unbesiegbares Misstrauen gegen Arzt und Angehörige zurückbehalten. Bei thätlichem Widerstande, und wenn einige ruhige beschwichtigende Worte keine Wirkung haben, scheue man sich nicht, offene Gewalt anwenden zu lassen. Sie kann von verständigen Begleitern bald gemildert werden und hinterlässt keinen Groll im Gemüthe des Kranken.

Siebenundzwanzigstes Kapitel.

Die Behandlung der Geisteskranken.

Die Behandlung der Geisteskranken gehört zu den esoterischen Dingen, die wohl erlernt, aber nicht gelehrt werden können.

Als Grundlage der geistigen Störungen dienen körperliche. Es liegt also der Schluss nahe, dass erstere zu gesetzmässigem Verhalten zurückkehren müssen, sobald es gelingt, letztere zu beseitigen. Zuweilen ist dies in der That auch der Fall. So sind wir im Stande, Erschöpfungspsychosen zu heilen, indem wir den Ernährungszustand des Körpers, beziehungsweise des Gehirns, so weit heben, dass letzteres wieder normal funktioniren kann. Wir können peripherische Nervenleiden, z. B. Neuralgieen und Pruritus der Geschlechtstheile, erfolgreich bekämpfen und vorausgesetzt, dass sie als Ursache auch wirklich anzusehen waren, dadurch auch die diesen Zuständen folgenden Gemüthserregungen beseitigen. Gifte scheiden wir durch unser Heilverfahren aus und entlasten so direkt den auf Gehirn und Geist lastenden Druck.

Aber freilich allzuhäufig gestatten uns die Verhältnisse diesen bequemen Weg nicht. Bei vielen Geisteskrankheiten kennen wir zwar die körperliche Ursache, d. h. die pathologisch-anatomische Grundlage, aber wir sind nicht im Stande, sie zu beseitigen. Dies gilt unter Anderem für die meisten idiopathischen Gehirnkrankheiten. Bei einer noch grösseren Anzahl kennen wir nicht einmal die körperliche Grundlage, sondern wir setzen deren Vorhandensein nach logischen Gesetzen nur voraus, z. B. bei den meisten Formen der Paranoia. Bei wieder anderen darf man nicht als Ursache ansehen, was im Grunde nur Begleiterscheinung ist. So ist z. B. der schwere Magencatarrh bei frischen Melancholieen nicht Ursache derselben, sondern nur körperliches Zeichen der auch jener zu Grunde liegenden schweren trophischen Störung.

So sehen wir uns denn in sehr vielen Fällen bezüglich einer somatischen Heilmethode zur Unthätigkeit verurtheilt oder lediglich auf symptomatische Behandlung beschränkt.

Noch weniger direkte Ergebnisse liefert die sogenannte psychische Heilmethode. Denn auf körperliche Zustände können wir seelischen Thätigkeiten, zu denen wir vor Allem wohl Gemüthsbewegungen und Vorstellungen zu rechnen haben würden, nur einen sehr beschränkten Einfluss zugestehen. Noch schwerer aber, jedenfalls noch nicht erfunden ist die Kunst, die genannten Thätigkeiten zu Heilzwecken nach dieser Richtung hin in Bewegung zu setzen. Allerdings, dass sie auf das vasomotorische System, mithin auch auf die Blutvertheilung im Gehirn, wirken, ist sicher. Aber feste Krankheitsprodukte, Ausschwitzungen u. dergl. zu beseitigen, sind sie selbstverständlich ohnmächtig.

Und doch ist die psychische Behandlung in vielen Punkten noch wichtiger, als die medikamentöse, hygieinische, physikalische oder

sonst wie geartete körperliche Heilmethode. Denn sie erfüllt vor Allem den Zweck, weitere psychische Schädlichkeiten zu verhüten, zur rechten Zeit auf die Vorstellung zu wirken, krankhafte Ideenauswüchse zu beschränken, den abspringenden Gedankengang in geordnete Bahnen zu lenken und mit dem Vertrauen auf die dargebotene Hilfe auch Selbstvertrauen wiedergewinnen zu lassen. Körperliche und psychische Heilmethode müssen sich übrigens vielfach zu bestimmten Zwecken, z. B. um dem Hauptzweck aller Irrenbehandlung, Beruhigung, zu genügen, die Hände reichen.

Eine der wichtigsten Aufgaben des Irrenarztes ist aber die prophylaktische. Hier schreitet seine Thätigkeit aus dem Rahmen individueller Krankenbehandlung heraus und erhebt sich zu höherer socialer Bedeutung. Indem der Irrenarzt die Ursachen des Irreseins erkennen und ihnen vorbeugen lehrt, leistet er der ganzen Menschheit seine Dienste.

A. Die Verhütung des Irrewerdens.

Die Verhütung des Irrewerdens ist nicht bloss individuell zu verstehen, sondern hat schon die nachfolgende Generation in's Auge zu fassen. Sie geht zum Theil in der Frage auf: Was haben wir zu thun, um einen kräftigen Nachwuchs zu erzielen?

Die Erblichkeitslehre ist hier von grosser, ja allein ausschlaggebender Bedeutung. Um einen gesunden Nachwuchs zu erzielen, haben wir uns zunächst selbst gesund zu erhalten. Namentlich muss es unsere Sorge sein, die Anlage zur Nervosität, d. h. zu der leichten Inanspruchnahme und Anfälligkeit unseres Nervensystems, an der unsere Generation krankt, zu tilgen oder wenigstens zu mildern. Allerdings steht es nicht in unserer Macht, die allgemeinen Kulturanforderungen, von denen sie zum Theil abhängig ist, zu ändern oder zu ermässigen. Aber Auswüchse können wir beschneiden, und hierher gehört vor Allem der Missbrauch von Reizmitteln, namentlich von Spirituosen, welcher nicht bloss auf uns, sondern auch auf unsere Nachkommen zerrüttend wirkt. — Alsdann sollen wir suchen, unseren ungemessenen Ansprüchen an das Leben und den Lebensgenuss Zügel anzulegen. Wir sollen wieder zufrieden im bescheidenen Genuss der Gegenwart leben lernen. — Endlich sollen wir nicht aufhören, an uns selbst die bessernde Hand anzulegen, unsere Affekte zu beherrschen, unsere Fehler abzulegen, unsere Vorzüge zu entwickeln. Denn wir müssen bedenken, dass auch der auf solche Weise erworbene, beziehungsweise verbesserte Charakter sich als Charakteranlage auf unsere Nachkommen vererbt. Hier begegnet sich die Erblichkeitslehre mit der allgemeinen Morallehre, welche letztere ihre

Wirkung nicht mehr bloss in eudämonistischer Weise auf das einzelne Individuum beschränkt, sondern sich zur Menschheitsbeglückerin erhebt.

Ferner ist bei der Verheirathung auf die Lehren der Erblichkeit gebührend Rücksicht zu nehmen. Schon die Liebeswahl erweist sich wichtig. Dieselbe geschieht, wenn auch bewusster Weise, doch nach unbewusst wirkenden Zweckmotiven. Letztere gehen vornehmlich auf die Erzielung möglichst vollkommener Nachkommenschaft aus, was dort am besten erreicht wird, wo die Eigenschaften der Eltern sich am vollkommensten harmonisch ergänzen. Deshalb richtet sich die Liebeswahl nicht bloss nach Alter, Gesundheit, Wuchs und Schönheit, sondern auch nach den seelischen Eigenschaften. Es gilt dabei das Gesetz, dass jedes Geschlecht von denjenigen ergänzenden Eigenschaften angezogen wird, die es an dem anderen Theile in verhältnissmässig grösster Vollkommenheit zu erblicken glaubt. So schätzt der Mann am Weibe hauptsächlich den Verstand, letzteres am ersteren hingegen die Charaktereigenschaften. Es hängt dies wiederum damit zusammen, dass die Vererbung der Intelligenz mehr von der Mutter, die des Charakters mehr vom Vater abhängt. So ziehen auch entgegengesetzte Temperamente einander an, überhaupt gerade diejenigen körperlichen und geistigen Eigenschaften, die dem wählenden Theile abgehen. Darum pflegt auch aus wirklichen, nach diesen Motiven geschlossenen Liebesheirathen, wobei den Liebenden der geheime Naturzweck ganz im Verborgenen bleibt, die verhältnissmässig beste Nachkommenschaft zu erwachsen. Diese günstigen Erfahrungen erstrecken sich auch auf ganze Völker, wie die Deutschen, Engländer und Skandinavier, wo noch Liebesheirathen im Schwange sind, gegenüber den Convenienzheirathen der Franzosen zu beweisen scheinen. — Thatsächlich wird der Arzt nicht in die Lage kommen, in solchen Dingen Rath zu ertheilen. Aber es ist gut, wenn er darum Bescheid weiss.

Das zweite Hauptmittel, eine geistig gesunde Nachkommenschaft zu erzeugen, besteht in der Verhinderung der Vererbung von Krankheitsanlagen. Das radikalste Mittel wäre, dass Personen, welche an gewissen durch Vererbung sich fortpflanzenden Uebeln leiden, der Ehe entzogen würden. Hieran ist natürlich nicht zu denken. Bezüglich der Geisteskrankheiten bestände ausserdem noch die Schwierigkeit hauptsächlich darin, unheilbare jedesmal auch zu erkennen. Gesundheitliche Rücksichten sind in solchen Dingen überhaupt nicht die einzigen, welche in Frage kommen. Wahre oder falsche Leidenschaft setzt sich leicht darüber hinweg, und wo andere Vortheile dafür einzutauschen sind, kommen sie erst recht nicht in

Frage. Aber mitunter wird hier doch der Arzt zu Rathe gezogen werden. Derselbe möge alsdann folgende Punkte im Auge behalten: Sehr bedenklich ist die Verbindung mit Personen, die schon geisteskrank gewesen sind, auch mit Familien, in denen Geisteskrankheit oder Epilepsie oder andere schwere Nervenleiden in direkter Ascendenz vorgekommen, — ferner auch mit Familien mit schweren constitutionellen Leiden auf vegetativem Gebiete, wie Tuberkulose, Krebs, Zuckerharnruhr, weil die Kranken ihrer Nachkommenschaft oft mindestens die Anlage zu reizbarer Schwäche hinterlassen. Weiter ist vor Familien zu warnen, in denen ausschweifende Neigungen, oder verkommene Genies, oder starke Einseitigkeiten oder schwere Charakterfehler zu Hause sind, endlich aber mit besonderem Nachdruck vor der Verbindung mit Kindern trunksüchtiger Eltern.

Die individuelle Verhütung hat den Zweck, eine bestimmte Person vor dem Irrewerden zu behüten. Thatsächlich werden solche Fälle nur bei erblich Belasteten oder bei solchen, welche eine solche Belastung und späteres Irresein befürchten lassen, vorkommen.

Hier hat die nach ärztlichen Grundsätzen geleitete Erziehung Alles zu leisten. Im ersten Lebensjahre also vollkommene Säuglingshygieine nach den bewährten Grundsätzen, später eine abhärtende, jedoch ohne Uebertreibung durchgesetzte Lebensweise, ausreichende Hautpflege, reizlose Diät, unter Vermeidung von Thee und Kaffee, sowie selbstverständlich aller Spirituosen, Uebung der Muskulatur durch Turnen, Spielen, Schwimmen. Man achte auf die Zeit des ersten Zahnens, wo sich leicht Gehirnreizungen kundgeben. Namentlich aber übe man Vorsicht in der Pubertätszeit, wo auch körperliche Krankheiten leicht den Anstoss zu späterer geistiger Erkrankung geben können.

Was die geistige Erziehung anbetrifft, so lasse man die Intelligenz nicht zu früh in Anspruch nehmen. Man warne daher vor zu zeitigem Schulbesuch und vor Ueberanstrengung. Für ein schwach beanlagtes Kind ist das gewöhnliche Schulpensum nicht gemacht. Es muss sich Zeit lassen und langsam die Klassen durchlaufen dürfen. — Die Erziehung des Charakters ist von nicht minderer Wichtigkeit. Frühzeitig gewöhne man das Kind an Ordnung, Folgsamkeit und Ausdauer. Man kräftige die Selbstbeherrschung, indem man weder Launen noch schwere Affekte aufkommen lässt; man zeige dem Kinde Liebe, um es selbst an solche zu gewöhnen, man unterdrücke egoistische Anschauungen und Strebungen, befördere dagegen solche, die auf fremdes Wohl abzielen Nicht selten wird es nöthig sein, das Kind dem verderblichen Einflusse seiner natürlichen Erzieher, wenn dieselben nämlich selbst geistig belastet sind, zu entziehen. Dann eignet sich

eine Stelle bei einem bewährten Erzieher, allein oder mit wenigen anderen Kindern, besser als die Massenerziehung in einem Pensionate.

Die Berufswahl muss verständig getroffen werden. Am besten wird meist der Beruf sein, zu dem sich nicht bloss eine flüchtige Neigung, sondern auch ausgesprochene Begabung findet. Für das spätere Leben bleibt im Grunde nur eine Lehre übrig — nämlich Vermeidung aller auf die Körperkonstitution und insbesondere auf das Gehirn einwirkenden Schädlichkeiten.

B. Die somatische Behandlung.

Die somatische Behandlung der ausgebrochenen Krankheit kann verschiedene, mehr oder weniger direkte Wege einschlagen. Unter folgendem Schema werden sich alle vereinigen lassen:

1. Die specifische Heilmethode. Sie will direkt heilen, indem sie von der Aufhebung der Ursache auch das Erlöschen der Wirkung erwartet. Sie geschieht

a) durch Darreichung sogen. specifischer Mittel, namentlich des Quecksilbers bei luetischem Irresein, der bezüglichen Antidote bei Bleivergiftung u. s. w.;

b) durch Entziehung gewohnter Gifte, namentlich des Alkohols und des Morphiums. Die Entziehung kann sehr wirksam sein und zur endgiltigen Genesung führen, vorausgesetzt, dass sie nicht vorübergehend geübt, sondern vom Kranken zur Lebensregel erhoben wird.

2. Die kräftigende Heilmethode. Die kräftigende (tonisirende) Heilmethode hat mit der folgenden, der beruhigenden, manche Massregeln gemeinsam. Sie zerfällt in

a) Die diätetische Behandlung. Die Bettruhe ist das wichtigste aller diätetischen Heilmittel.

Dass Geisteskranke der Ruhe bedürfen, ist einer der ältesten psychiatrischen Grundsätze. Aber man darf ihn nicht bloss einseitig auf die geistige Sphäre beziehen. Gerade die Körperruhe, d. h. die horizontale Lage im Bett, ist ungemein wichtig. Sie regelt den Blutkreislauf, verhindert oder verringert Gehirnanämien, vermindert die Sinnesreize, hält den Wärmeverlust und den Kräfteverfall auf. Dies ist auch bei allen frischen Erkrankungen wohl erklärlich, wenn man bedenkt, dass das tiefe Mitergriffensein der somatischen Sphäre sich hierbei stets durch oft sehr beträchtliche Körpergewichtsabnahme zu erkennen giebt. Schon aus diesem Grunde gehören alle frisch Erkrankten, ebenso wie körperlich Kranke, in's Bett.

Die Bettruhe aber erweist sich zugleich auch als ein Hauptberuhigungsmittel für das gereizte Gehirn. Wo sie, wie dies in Irren-

anstalten, welche mit ausreichendem Pflegerpersonal ausgestattete Wachtabtheilungen besitzen, der Fall ist, durchgeführt werden kann, ersetzt sie, sogar bei Tobsüchtigen, die bisher meist noch übliche Isolirung.

Die Kost ist in allen Erschöpfungspsychosen von grösster Wichtigkeit. Sie sei nährend und leicht verdaulich zugleich. In Anstalten spare man nicht mit Verordnung von Extradiäten.

Die Hautpflege darf nicht vernachlässigt werden. Sie erweist sich, da die Haut ein den Stoffwechsel regulirendes Organ ist, bei allen mit Ernährungsstörungen einhergehenden Psychosen schon aus allgemein hygieinischen Gründen von grossem Nutzen. Fast noch unentbehrlicher aber ist sie bei Gelähmten, Blödsinnigen, Paralytikern und dergleichen herabgekommenen, chronischen Kranken. Hier hilft unausgesetzte Reinlichkeit dem brandigen Aufliegen, und damit weiterem Kräfteverfall, vorbeugen.

b) Die Behandlung durch physikalische Mittel.

Die Eigenwärme, welche bei manchen Kranken oft tief gesunken ist, muss durch Zubettliegen und Zufuhr weiterer äusserer Wärmequellen (Wärmflaschen u. dergl.) sorgtältig erhalten werden.

Kälte, in Form von Eis auf den Kopf, wird bei allen fieberhaften und Congestionszuständen mit grossem Nutzen angewendet.

Die Elektricität wirkt als Reiz- und als Beruhigungsmittel, ersteres hauptsächlich als Faradisation atrophischer und paretischer Muskeln, letzteres bei Neuralgieen als konstanter Strom. Auch die allgemeine Faradisation wird als kräftiges Erregungs- und Stärkungsmittel angewandt. Ueber die Elektricität als diagnostisches Hilfsmittel s. Kap. 23.

Die Massage dient gleichfalls zur Kräftigung schlecht ernährter Muskeln. Mitunter erweist sie sich auch als gutes allgemeines Reizmittel bei melancholisch-torpiden Zuständen.

c) Die medikamentöse Behandlung besteht in Darreichung der bekannten Tonica, namentlich des Chinins und des Eisens.

3. Die beruhigende Heilmethode.

a) Die diätetische Behandlung arbeitet grösstentheils mit denselben Mitteln wie die kräftigende Methode, also mit Ruhelage im Bett und guter Kost. Die Beruhigung erfolgt hier zumeist durch die Kräftigung des Körpers, beziehungsweise des schlecht genährten und daher überreizten Gehirns.

Bäder. Man giebt lauwarme Vollbäder von 26—27° R. Sie erregen die Hautnerven, erweitern die Hautgefässe, leiten dadurch auf die Peripherie ab und wirken so beruhigend und schlafmachend.

Kalte Fussbäder leiten durch die nachfolgende Erweiterung der Gefässe gleichfalls vom Kopfe ab und wirken so als Beruhigungsmittel.

Prolongirte, d. h. Vollbäder von mehrstündiger Dauer bei etwa 28° R., wirken sehr wohlthätig durch Ableitung auf die Peripherie und die nachfolgende Ermattung. Sie gehören zu den wirksamsten Beruhigungsmitteln.

Kalte Einwickelungen von 4—5 stündiger Dauer erweisen sich als ein vortreffliches Beruhigungs- und Schlafmittel bei aufgeregten Kranken aller Art.

Isolirungen anzuwenden ist im Allgemeinen nicht rathsam. Denn sie sind geeignet, die Affekte, namentlich bei Melancholikern, die Hallucinationen und die tobsüchtige Erregung zu steigern. Der Kranke, sich selbst überlassen, verliert sich leicht ganz und gar, nimmt üble Gewohnheiten an, wird unrein u. s. w. Deshalb ist im Allgemeinen die gemeinsame Behandlung auf Wachtabtheilungen bei Weitem vorzuziehen. Doch giebt es immerhin Fälle, wo sich eine zeitweise Isolirung von Nutzen erweist. Namentlich ist dies häufig in der Rekonvalescenz der Fall, nachdem der Kranke wieder zu sich gekommen ist und nun selbst nach Ruhe und Einsamkeit verlangt. In anderen, noch selteneren Fällen ist die Erregbarkeit durch Sinneseindrücke, z. B. durch Licht und Geräusche, so gesteigert, dass Dunkelheit und Einsamkeit als Beruhigungsmittel wirken. Niemals jedoch darf die Isolirung zu lange ausgedehnt werden und auch keine absolute sein. Der Kranke soll nicht einfach in einem Isolirraume beseitigt, sondern muss in demselben durch ständige Pfleger gepflegt werden. Deswegen darf der Isolirraum auch keine gewöhnliche Tobzelle sein, sondern muss wie ein Krankenzimmer ausgestattet sein.

b) Die medikamentöse Behandlung geschieht durch die narkotischen Heilmittel.

Von Alters her sind das Opium und sein Alkaloid, das Morphium, berühmt und bewährt. Doch entfalten sie ihre Heilwirkung nicht bei jeder Art der Erregung, sondern hauptsächlich in der Melancholie, besonders in den Angstaffekten und in frischen Fällen. Das Morphium besonders wird ausserdem gern angewendet bei gleichzeitigem Vorhandensein von Neuralgieen, auch bei starken Hallucinationen, bei periodischen Erregungszuständen, überhaupt, wo es darauf ankommt, die Empfindlichkeit für innere oder äussere Reize herabzusetzen. Ihre Gegenanzeige finden beide Mittel in maniakalischen Zuständen, wo sie geradezu verschlimmernd wirken, ausserdem bei grosser Schwäche mit Neigung zu Collaps. Beiden Mitteln ist eine gefässverengernde, also direkt auf das vasomotorische System ge-

richtete Wirkung eigen. Speciell den verschiedenen Präparaten des Opiums rühmt man eine das Gehirn tonisirende Wirkung nach. Dagegen wirkt das Morphium kräftiger und zuverlässiger als direktes Beruhigungsmittel. Auch geht ihm die stuhlverstopfende Nebenwirkung ab.

Das Bromkali entfaltet seine Wirksamkeit ebenfalls in Fällen gesteigerter Erregbarkeit. Vornehmlich ist es in Reflex-Psychosen, wo die Erregungsquellen vom erkrankten Genitalsystem ausgehen, von Nutzen. In der Epilepsie hat es sich gleichfalls bewährt. Im Allgemeinen jedoch sind als Beruhigungsmittel die obengenannten physikalischen Mittel, nämlich Bäder und kalte Einwickelungen vorzuziehen.

Auch durch die verschiedenen Schlafmittel wird zeitweise Beruhigung erzielt (s. u.).

4. Die symptomatische Heilmethode. Sie richtet sich gegen einzelne hervortretende Erscheinungen, theils in der Absicht, dadurch Raum für andere Methoden zu schaffen und so indirekt auf den Krankheitsverlauf einzuwirken, theils, um Zustände, die eine ursächliche Bedeutung haben können, zu beseitigen, theils endlich, um unmittelbare Lebensgefahr abzuwenden. So suchen wir den hartnäckigen Magenkatarrh eines Melancholikers zu beseitigen, um die tonisirende Methode darauf folgen lassen zu können. Oder, wir wenden bei Neuralgieen den konstanten Strom, bei Pruritus Cocaïn-Einpinselungen oder Antiphrodisiaka an, weil in diesen Zuständen möglicher Weise die Ursache der Erkrankung zu finden ist. Oder wir wenden uns direkt gegen die Nahrungsverweigerung, weil bei längerem Gehenlassen Gefahr für das Leben zu fürchten ist.

Die wichtigsten Symptome, welche am häufigsten ein direktes Einschreiten erfordern, sind:

a) Die Schlaflosigkeit. Sie wird sehr wirksam durch die schon genannten kalten Einwickelungen bekämpft, ferner durch Regelung der Diät und, wo es angeht, durch Beschäftigung.

Als medikamentöse Heilmittel sind auch hier das Opium und das Morphium, namentlich das letztere, bewährt. Ferner ist das Chloralhydrat zu nennen, welches namentlich im Anfange seines Gebrauches von Nutzen ist. In den letzten Jahren ist noch eine Fülle neuer Hypnotica hinzugetreten, so das Paraldehyd, das Hyosciamin und Hyoscin, das Sulfonal u. a. m. Alle diese Mittel können sich unter Umständen nützlich erweisen. Zu gegenseitiger fester Abgrenzung der Indikationen ist es aber noch nicht gekommen.

b) Die Nahrungsverweigerung ist eine lästige und gefährliche Erscheinung. Mitunter ist sie nur die Folge eines Magen-

katarrhs oder sonstiger, mit Dyspepsie verbundener Zustände. Alsdann tritt sie nur vorübergehend auf und weicht oft einem einfachen, medikamentösen Verfahren.

Am öftersten wird sie bei Melancholischen beobachtet. Sie ist dann oft die Folge des auf dem gesammten geistigen Gebiete lastenden Druckes, oder bei Stuporösen der erschwerten Ideenbildung und der verlangsamten Umsetzung der Ideen in Handlungen. Solche Kranke brauchen eine lange Zeit, ehe sie überhaupt des eigenen Nahrungsbedürfnisses sich bewusst werden, ehe sie Zweck und Bedeutung der vor ihnen stehenden Speisen erkennen, und noch längere Zeit brauchen sie, ehe sie zum Zulangen kommen. Auch Hallucinationen und Wahnideen sind oft im Spiel. Die Kranken dürfen nicht essen, weil eine Stimme es ihnen verbietet, weil sie fürchten, die Speisen seien vergiftet, oder weil sie nicht würdig seien, überhaupt etwas zu geniessen. In solchen Fällen empfiehlt es sich oft, sich scheinbar gar nicht darum zu kümmern. Die Kranken essen alsdann wohl, wenn sie sich unbeobachtet glauben.

Die schwerste Form der Nahrungsverweigerung ist immer die, welche bei akuten Melancholischen zu dem begleitenden Magenkatarrh hinzutritt. Wie letzterer als somatisches Zeichen der tiefen, diese Krankheitsform auszeichnenden, Ernährungsstörung anzusehen ist, so stellt sich die Nahrungsverweigerung als der Ausdruck der darniederliegenden Assimilationsfähigkeit des Organismus dar. Sie ist daher nicht allein Ursache, sondern auch Folge der Ernährungsstörung. Hier tritt meist ein sehr rascher Kräfteverfall ein, und der Zeitpunkt, wo unbedingt zu künstlicher Ernährung zu schreiten ist, muss genau in's Auge gefasst werden. Selbstverständlich sind solche Kranke im Bett zu halten. Die Eigenwärme muss geschont und die Mundschleimhaut, welche sich rasch mit dickem, übelriechendem Belage bedeckt, peinlich rein gehalten werden. Vor dem achten Tage nach absoluter Enthaltung wird man kaum einzuschreiten nöthig haben. Man kann mit nährenden Klystieren anfangen, hat man aber einmal die Nothwendigkeit künstlicher Ernährung erkannt, so ist es nicht rathsam, sich lange dabei aufzuhalten, sondern besser, sofort zur Schlundsonde zu greifen. Das schonendste und auch leichteste Verfahren ist, die Sonde durch die Nase einzuführen. Doch achte man darauf, dass sie nicht in die Luftröhre gerathe. Torpide Kranke nämlich reagiren auf solchen Eingriff nicht immer mit Husten und Athemnoth. Das sicherste Erkennungsmittel ist, Luft durch die Sonde einzublasen und zu sehen, ob sich der Magen füllt. Auch suche man zu verhüten, dass der Kranke die eingeführte Flüssigkeit regurgitirt, weil sich sonst leicht gefährliche Schluckpneumonieen einstellen. Da

es sich in solchen Zuständen zunächst nur darum handelt, den Körper nothdürftig so lange zu erhalten, bis das gesunde Nahrungsbedürfniss zurückgekehrt ist, so genügt eine einmalige tägliche Anwendung der Sonde. Auch sei man anfänglich zurückhaltend mit der Menge der eingeführten Nahrung, weil der in seiner Kapazität geschwächte Magen nicht viel aufnehmen kann. Man giesse also nur ein halbes Liter Milch mit zwei Eiern langsam ein, später kann man auf ein ganzes Liter mit drei Eiern steigen.

c) Die Selbstmordneigung. Am sichersten verhütet man Selbstmord, eines der erschütterndsten und unheimlichsten Vorkommnisse, sowohl in der Privat- als in der Anstaltspraxis, durch eine rechtzeitige Diagnose.

Meist ist die Selbstmordneigung auch ohne vorhergehende direkte Handlungen bei den Melancholischen an der Form ihrer Krankheit, an grosser Aengstlichkeit und Lebensüberdruss zu erkennen. Aber es kommen auch Selbstmorde bei Kranken vor, die nicht melancholisch sind, die auch bisher gar keinen Selbstmord geplant haben und nur einem plötzlichen Impulse folgen. Hier kann nur durch einen glücklichen Zufall die Ausführung verhindert werden. Bei Paranoikern wird mitunter durch eine zufällige akute körperliche Krankheit ein zeitweises, völliges Zurücktreten der Wahnvorstellungen und Rückkehr gesunder Erinnerungsbilder bewirkt. In solchen Zeiten sei man darum sehr vorsichtig. Denn oft kommt dann dem Kranken wie durch eine blitzartige Erleuchtung sein ganzes Elend zum Bewusstsein, zugleich mit dem unwiderstehlichen Drange, demselben gewaltsam ein Ende zu machen.

Hat man einmal die drohende Selbstmordgefahr erkannt, so giebt es nur ein Mittel dagegen — unausgesetzte, Tag und Nacht geübte Bewachung. Man schärfe dem Pflegerpersonal die Verantwortlichkeit seiner Aufgabe genau ein, und mache es namentlich auch darauf aufmerksam, dass es sich durch List und Verstellung, welche von solchen Kranken gern geübt werden, nicht von der strengsten Bewachung abhalten lassen darf.

d) Unreinlichkeit, Kothschmieren, Kleiderzerreissen sind nicht immer nothwendige Beigaben des Irreseins, sondern häufig Unarten, die sich die Kranken in der Isolirung oder bei sonst mangelnder Bewachung angewöhnen. Genaue Ueberwachung hilft sie wieder ablegen.

Bei Kranken, die des Nachts schmieren, thut ein des Abends angewandtes Klysma oft sehr gute Dienste. Gegen das Kleiderzerreissen wendet man möglichst feste Stoffe an. Auch versuche man es, den ungeregelten Thätigkeitstrieb solcher meist schwachsinnig aufgeregter

Kranken durch allmälige Gewöhnung an leichtere Beschäftigung, z. B. Rosshaarzupfen, in geordnete Bahnen zu lenken.

e) Die motorische Erregung und Tobsucht wird am sichersten und raschesten in der Bettruhe auf Wachtabtheilungen oder im Isolirzimmer unter ständiger Pflege mit Zuhilfenahme von Bädern und kalten Einpackungen bekämpft. (S. Ueber Wachtabtheilungen in Irren-Anstalten. Zeitschr. f. Psychiatrie etc., Band 45.)

C. Die psychische Behandlung.

Die Zeit, wo man den Irren durch direkte psychische Einwirkung heilen zu können glaubte, liegt noch nicht sehr weit hinter uns. Nicht bloss Erregungen plötzlicher heftiger Affekte, wie des Schrecks, wurden, um eine heilsame Erschütterung zu bewirken, angewendet, sondern auch die Künste der Ueberredung. Man suchte die psychischen Symptome auch psychisch zu bekämpfen, und vom Irrenarzte wurde gefordert, dass er ein guter Dialektiker sei, um dem Kranken seinen Wahn gehörig widerlegen und die Grundlosigkeit seines Affektes beweisen zu können.

Als ein erstrebenswerthes Ziel galt es ferner, den kranken Willen zu brechen. Als Hauptmittel dazu diente ein komplicirtes Strafsystem. Jedes Vergehen gegen die Hausordnung wurde mit strengen Strafen, mit Kostentziehung, Isolirung, Zwangsjacke, Zwangsstuhl, Douche etc. bestraft. Die Zeit, wo diese mechanischen Zwangsmittel in Uebung standen, war zugleich auch die des grössten moralischen Zwanges.

Jetzt wissen wir, dass sich Wahnideen vom blossen Irrthume dadurch unterscheiden, dass sie organisch begründet sind und sich deshalb nicht widerlegen lassen. Wir wissen ferner, dass auch die gesprochenen Worte und die Handlungen eines Irren unter pathologischem Zwange stehen, und dass wir ihm dieselben deshalb ebenso wenig anrechnen dürfen, wie das Strafgesetz für Verbrechen, die im Zustande der Geisteskrankheit begangen werden, Strafen verhängt. Allerdings kommt man in Anstalten nicht ohne alle Disciplinar-Massregeln aus, und es wäre verkehrt, Alles gehen zu lassen, wie es geht. Oft hilft hier schon eine blosse Ermahnung oder die Versetzung in eine andere Umgebung. Wo man aber ernster eingreifen muss, hüte man sich, der Sühne den Charakter der Strafe zu verleihen, sondern lasse sie dem Kranken lediglich als die natürliche Folge seiner Handlung erscheinen. Selbst Disciplin zu halten, das Pflegerpersonal an strenge Pflichterfüllung, Milde und Freundlichkeit zu gewöhnen, ist übrigens das beste Mittel, auch von Seiten der Kranken Ausschreitungen zu vermeiden.

Auch für die psychische Behandlung gilt der Grundsatz aller Irrenbehandlung, nämlich der der grössten Ruhe. Deswegen soll der Arzt nicht selbst durch zu grosse Vielgeschäftigkeit ein störendes Element in den Krankheitsverlauf hineintragen. Seine psychische Behandlung bestehe hauptsächlich in ruhiger, gleichmässig freundlicher Art und Weise, mit den Kranken zu verkehren. Er spreche ihnen Trost ein und lasse sie sein Wohlwollen fühlen, wenn auch mehr durch ein Wort oder eine Miene, als durch langes Reden. Auch gewähre er ihnen soviel Freiheit, als es ihr Zustand erlaubt. Ueber ihre Wahnideen spreche er möglichst wenig mit ihnen, nur soviel, als es zur Diagnose ab und zu nöthig wird, — und schärfe dies auch dem Personal ein. Wahnideen, welche man möglichst ganz unberührt lässt, und denen man keine künstliche Nahrung zuführt, schrumpfen von selbst ein und stellen sich nicht mehr so aufdringlich in den Vordergrund, was auch für das äussere Verhalten des Kranken von bestem Einfluss ist.

Diese Regel, welche für den Anfang und das Höhestadium der Krankheit, sowie für die chronischen und heilbaren Fälle unbedingte Gültigkeit hat, erleidet nur für die Rekonvalescenz eine Ausnahme. Hier hat der Arzt sich eingehender mit dem Kranken zu beschäftigen. Die Gewalt des Affektes ist gebrochen, die Wahnideen werden nicht mehr so streng festgehalten, der Kranke fängt an, sich auf sich selbst zu besinnen, Anknüpfung an die Aussenwelt zu suchen und nach Aufklärung zu verlangen. Deshalb sind seelische Einwirkungen hier ganz am Platze. Die Reste der vorsichtig berührten Wahnideen werden zerstreut, die Krankheit wird als ein Unglück, das Jedem begegnen könne, natürlich erklärt, und der zweifelnde Kranke wird Selbstvertrauen und Vertrauen in die Zukunft wiedergewinnen.

Schwierig und zugleich sehr wichtig ist es oft, den richtigen Zeitpunkt zur Entlassung zu bestimmen. Denn die Regel, dass man den Kranken bis zur völligen Genesung behalten solle, ist keine ganz allgemeine. Abgesehen davon nämlich, dass auch die Diagnose der Genesung nicht immer leicht zu stellen ist, empfiehlt es sich bei gewissen Kranken, gerade sie schon vor vollendeter Rekonvalescenz zu entlassen, z. B. bei Melancholikern. Hier sind der Drang, entlassen zu werden, und die Sehnsucht nach Hause oft so gross, dass es rathsam erscheint, dem Verlangen nachzugeben, widrigenfalls schwere Rückfälle eintreten können.

A r b e i t ist eines der wichtigsten psychischen Hülfsmittel. Zwar ist sie nicht, wie man eine Zeit lang geglaubt hat, Heilmittel für frisch Erkrankte. Denn diese gehören, wie körperlich Kranke auch, in's Bett, und müssen ihre Körperkräfte schonen. Dagegen ist sie

für alle chronischen Kranken ein ganz unschätzbares Ablenkungs- und Conservirungsmittel. Arbeit lenkt den Kranken von seinen Wahnideen und krankhaften Trieben ab, verbessert seine Stimmung, indem sie ihn mit dem Gefühle befriedigter Schaffenslust erfüllt, und hebt und veredelt ihn so gewissermassen. Die weitgehendste Anwendung und Verwerthung hat Irrenarbeit im kolonialen System gefunden. — Ausserdem aber ist natürlich auch bei Rekonvalescenten passende Beschäftigung vom besten Einflusse und eine ganz selbstverständliche Massregel.

Zerstreuungen sind ebenfalls ein nicht zu unterschätzendes Hülfsmittel. Doch wähle man sie dem Ernste der Lage und dem in sich zurückgezogenen, der Aussenwelt abgewandten Wesen der meisten Kranken entsprechend. Grossen, rauschenden Vergnügungen ist nicht das Wort zu reden. Dagegen sind Spaziergänge, Ausfahrten, Musik, harmlose Schaustellungen, auch Kegel-, Billard- und Schachspiel zu empfehlen. Was den Verkehr mit den Angehörigen betrifft, so ist er in der ersten Zeit, wo noch das unbedingte Gebot der Ruhe herrscht, der Regel nach nicht zu gestatten. In der Rekonvalescenz jedoch darf man ihn mit vorsichtiger Auswahl zulassen, wobei man zu bedenken hat, dass nicht immer bloss der Zustand der Kranken, sondern auch die Bildung und der gute Wille der Angehörigen massgebend sind. Bei chronischen Kranken gestatte und befördere man den persönlichen oder brieflichen Verkehr soviel wie möglich, denn er ist oft noch das einzige Band, das den Kranken mit dem gesunden Leben verknüpft und ihn vor weiterem Versinken bewahrt.

Die Ausstattung der Räume ist wohl zu beachten. Man suche möglichst den einzelnen Räumen, wie auch dem ganzen Hause den Charakter des Absonderlichen zu nehmen. Aeusserlich betrachtet, wird die Irrenanstalt die beste sein, welche sich am wenigsten von einem gewöhnlichen, gut eingerichteten Krankenhause unterscheidet. Dicke Glasscheiben statt der Gitter, hübsches Mobiliar, Spiegel, Bilder, Teppiche, — alle diese Dinge, die mit der Heilung anscheinend nichts zu thun haben, sind doch von grossem Werthe. Es wäre ein grosser Irrthum, zu glauben, dass Irre durchgängig den Sinn für das Schöne, Anmuthige und Behagliche verloren hätten. Auch tiefgesunkene Kranke bewahren nicht selten Erinnerungen aus besseren Tagen. Sie erweisen sich dankbar für die schmückende Ausstattung der Zimmer, für jedes freundliche Wort, für jeden Lichtstrahl, der in ihre Nacht fällt. Denn in der Tiefe seines Bewusstseins trägt der Irre, und wenn er auch noch so weit davon entfernt scheint, doch die Empfindung seines Leidens und seiner Hülfsbedürftigkeit.

Inhalts-Verzeichniss.

Seite

Einleitung . 1

Erster Abschnitt. Die psychischen Elementarstörungen.

1. Kapitel. Die Elementarstörungen auf dem Gebiete des Empfindens. Die krankhaften Affekte 9
2. Kapitel. Die Elementarstörungen auf dem Gebiete des Vorstellens 16
3. Kapitel. Die Elementarstörungen auf dem Gebiete des Vorstellens (Schluss) . 29
4. Kapitel. Die Elementarstörungen auf dem Gebiete des Wollens und Handelns . 34

Zweiter Abschnitt. Die körperlichen Elementarstörungen und Begleiterscheinungen.

5. Kapitel. Die Elementarstörungen im vegetativen System 40
6. Kapitel. Die Elementarstörungen im animalen System 44
7. Kapitel. Die Störungen der Sprache und Schrift 48

Dritter Abschnitt. Die Ursachen des Irreseins.

8. Kapitel. Die prädisponirenden Ursachen des Irreseins 53
9. Kapitel. Die Gelegenheitsursachen des Irreseins 60

Vierter Abschnitt. Die einzelnen Irreseinsformen.

10. Kapitel. Die Eintheilung der Irreseinsformen 66
11. Kapitel. I. Die Psychoneurosen.
 A. Der primäre Blödsinn 72
 B. Die akute hallucinatorische Verworrenheit 75
12. Kapitel. I. Die Psychoneurosen (Fortsetzung.)
 C. Die Melancholie 83
 D. Die Manie . 103
13. Kapitel. I. Die Psychoneurosen (Fortsetzung).
 E. Die Tobsucht . 109
 F. Die sekundären Schwächezustände 116
14. Kapitel. I. Die Psychoneurosen (Fortsetzung).
 G. Die Paranoia . 122
 H. Die Katatonie . 151
15. Kapitel. I. Die Psychoneurosen (Schluss).
 J. Das periodische Irresein 156

Seite

16. Kapitel. II. Die mit centralen Neurosen verbundenen Geisteskrankheiten.
A. Das epileptische Irresein 174
B. Das hysterische Irresein 179
C. Das neurosthenische Irresein 186
D. Das choreatische Irresein 189
17. Kapitel. III. Die Vergiftungspsychosen
A. Das alkoholistische Irresein 206
B. Der Morphinismus 210
C. Das Irresein durch Bleivergiftung 212
18. Kapitel. IV. Die organischen Geisteskrankheiten.
A. Das akute Delirium 216
B. Das Irresein der Greise 216
19. Kapitel. IV. Die organischen Geisteskrankheiten. (Fortsetzung.)
C. Die Paralyse . 220
20. Kapitel. IV. Die organischen Geisteskrankheiten (Schluss).
D. Das luetische Irresein 237
E. Das traumatische Irresein 238
Anhang. Die Rail-way-spine 240
F. Das Irresein bei der multiplen Sklerose 242
G. Das Irresein bei Neubildungen im Gehirn 244
21. Kapitel. V. Angeborene oder in frühester Kindheit erworbene Entwickelungshemmungen des Gehirns.
A. Der Idiotismus und Cretinismus 248
B. Das moralische Irresein 253

Fünfter Abschnitt. Allgemeine Diagnostik und Therapie.
22. Kapitel. Allgemeine Bemerkungen zur Diagnostik 273
23. Kapitel Die psychiatrische Untersuchung 277
24. Kapitel. Die Diagnose der Genesung und allgemeine Prognose . . 287
25. Kapitel. Die gerichtliche Begutachtung. Die Diagnose der Simulation 292
26. Kapitel. Die öffentliche Irrenfürsorge. Die Fortschritte der Irrenpflege. Die Verbringung des Kranken in eine Anstalt 331
27. Kapitel. Die Behandlung der Geisteskranken 337

Register.

Seite

Abulie 39
Aequivalent, epileptisches . . . 174
Affekte 9
„ Depresssions- 10
„ Erwartungs- 10
„ Exaltations- 10
„ heitere 13
„ schmerzliche 12
„ Überraschungs- 10
Agoraphobie 30
Agraphie 48
Alexie 48
Alkoholepilepsie 207
Alkoholismus 206, 210
Allegorisirung von Empfindungen 27
„ „ Träumen . . 7
Allgemeingefühl 9
Altersblödsinn 217
Alterswahnsinn 217
Amnesie, epileptische . . . 175, 177
Anästhesie 44
Analgesie 226
Angst 11
Anstalt, geschlossene 333
„ offene 335
„ private 335
Ansteckung, psychische 60
Aphasie 48, 179
Apoplexie 61
Apperception 18
Arbeit, therapeutisch 349
Association 107
Aufmerksamkeit 18
Augenhintergrund, Untersuchung desselben 284
Ausfallserscheinungen 31
Ausschlag, pellagröser 205
Ausstattung der Räume 350
Aztekentypus 249

Bäder 343
Beeinträchtigungswahn . . 158, 178
Behandlung, psychische 348
Behandlung, zwangsfreie, s. No. restraint.
Belastung, organische 59
Belladonna, Vergiftung durch . . 20

Seite

Besessenheitswahn 133
Bettruhe 342
Biegsamkeit, wächserne 47
Bildungsanomalieen 41
Bleivergiftung 59, 212
Blick 292
Blödsinn 32
„ agitirter 119
„ apathischer 120
„ primärer 72, 90
„ secundärer 119
Bromkali, therapeutisch 345

Chloralhydrat 205
„ therapeutisch . . . 345
Chorea 62
Cocaineinpinselungen 345
Colonie, landwirthschaftliche . . 334
Coma 33
Contrastvorstellungen 39
Coordinationsstörungen 46
Cretinismus 248
Cysticerken 243

Decubitus 41
Degenerationszeichen 250
Delirium acutum 76, 216
„ metabolicum 129
„ tremens 207
Dipsomanie 160
Disposition 3
Dispositionsfähigkeit s. Verfügungsfähigkeit.
Dissimulation 297
Doppelwahrnehmungen 32
Douche 348
Dysphasie 48
Dysphrasie 48

Echinokokken 243
Eifersuchtswahn, alkoholistischer 210
„ hysterischer . . 183
Eigenwärme 43
Einwickelungen, kalte 344
Elektricität 343
Elementarstörungen der Empfindung 9

Seite

Elementarstörungen der Vorstellung 16
„ des animalen Systems 44
Elementarstörungen des vegetativen Systems 40
Elementarstörungen des Wollens und Handelns 34
Elementarstörungen, körperliche . 40
„ psychische . 9
Entartung, epileptische 178
„ hysterische 182
Entartungsreaction 285
Epilepsie 62, 174
Erblichkeit 57
Erfinderwahnsinn 135
Erinnerungsbilder 19
Erinnerungsstörungen 31
Erinnerungstäuschungen 31
Erklärungsversuche 26
Ernährung, künstliche 346
Ernährungsstörungen 41

Faradisation 343
Fernwirkungswahn 133
Flexorenspannung, katatonische . 47
Folie à double forme 158
„ circulaire 158
„ du doute 189
„ du toucher 189
„ raisonnante . . . 39, 182
Fragesucht 29
Fussbäder, kalte 344

Gang 286
Gefühlsstumpfheit 253
Gehirnkrankheiten, functionelle . 71
Geisteskrankheiten, Definition . . 1
Gemeingefährlichkeit 336
Gemüthsbewegungen 9
Geruchssinn, Verstimmung desselben 183
Geschlechtstrieb, Perversität desselben 36
Geschlechtstrieb, Steigerung desselben 35
Geschlechtstrieb, Verminderung desselben 35, 207
Geschlechtswahn 134
Glossopharyngeuslähmung . . . 226
Grand mal 176
Grössenwahn, maniakalischer . . 103
„ paralytischer . . . 224
Grübelsucht 29

Hallucinationen 16, 17
Haltung 286
Handlungen, automatische . . . 36
„ triebartige 254
„ gewollte 37
Haschisch, Vergiftung durch . . 20
Hautpflege 343
Hautreflexe 286

Seite

Hebephrenie 56
Heerderkrankungen 61
Hemmung, psychische 83
Herpes zoster 287
Hirnhautentzündung 61
Hyosciamin, therapeutisch . . . 345
Hyoscin, therapeutisch 345
Hyperästhesie, elektrische . . . 285
„ sensorielle . . . 285
Hypochondrie 62
Hysterie 62

Idiotismus 248
Illusionen 16, 20
Irisreaction 285
Irrenpflege 331
Irresein 1
„ affektives 26
„ alkoholistisches 206
„ alternirendes 158
„ aus Zwangsvorstellungen 187
„ bei multipler Sklerose . 242
„ bei Neubildungen des Gehirns 244
„ choreatisches 189
„ circuläres 158
„ delirös-periodisches . . . 159
„ der Greise 216
„ durch Bleivergiftung . . 212
„ epileptisches 174
„ Erschöpfungs- 64
„ hypochondrisches . . . 186
„ hysterisches 179
„ Inanitions- s. Erschöpfungs.
„ luetisches 237
„ moralisches 253
„ neurasthenisches 186
„ periodisches 157
„ periodisch-menstruales . 161
„ transitorisch-epileptisches 176
„ traumatisches . . . 64, 238
„ triebhaftes 160
Isolirung 344
Jodoform, Vergiftung durch . . 205

Kälte, therapeutisch 343
Katalepsie 47
Katatonie 151
Kleiderzerreissen 290, 347
Kleptomanie 106, 136
Klystiere, nährende 346
Knochenbrüchigkeit 41
Körpergewicht 40
Körperlänge 282
Kohlenoxydgas, Vergiftung durch 205
Kothessen 35
Kothschmieren . . . 158, 290, 347
Krämpfe 46
Kropf 250

Lähmungen 46
Leichenschändung 254

Seite
Liebe, lesbische 36
Liebeswahl 340
Lustmord 36

Mais, verdorbener, Vergiftg. durch 205
Makrocephalie 249
Manie 12, 103
„ periodische 157
Massage 343
Melancholia 10, 12, 39
„ activa seu agitans . 84
„ attonita 89
„ errabunda 88
„ hysterische 181
„ katatonische 151
„ mit Präkordialangst . 88
„ mit Wahnideen . . 85
„ periodische . . 105, 157
„ religiosa 86
„ schmerzliche 83
„ sine delirio 85
Menstruation, Störungen derselben 43
Mikrocephalie 249
Monomanie 136
Moral insanity s. Irresein, moralisches.
Moria 135
Morphinismus 206
Morphium, therapeutisch 344
Muskelsinn, Hallucinationen desselben . . 23

Nachtschatten, Vergiftung durch 205
Nahrungstrieb, Perversität desselb. 35
„ Steigerung desselb. 34
„ Verminderung desselb. 34
Nahrungsverweigerung 34
„ Behandlung derselben 345
Narrheit s. Moria.
Nervosität Anlage zur 339
Neuralgie 45, 62
Neurasthenie 62
Neurose, centrale 173
No-restraint 333
Nymphomanie 35

Ohnmacht 33
Ohrblutgeschwulst 41
Opium, therapeutisch 344
„ Vergiftung durch . . . 20
Othämatom s. Ohrblutgeschwulst.

Päderastie 36
Parästhesie 62
Paragraphie 48, 134
Paraldehyd, therapeutisch . . . 345
Paralexie 48
Paralyse 220

Seite
Paralyse demente 229
„ hypochondrische . . . 228
„ maniakalische 220
„ melancholische 229
Paranoia, aus angeborener Anlage 125
„ aus primären Wahnideen 125
„ einfache primäre . . . 126
„ epileptische 178
„ hallucinatorische . 25, 123
„ hypochondrische . . . 131
„ hysterische . . . 123, 183
„ katatonische 155
„ primäre 122
„ primäre mit Ideen geförderter Interessen . 130
„ primäre mit Verfolgungsideen 129
„ sekundäre 117
Paraphrasie 48
Perception 18
Periencephalitis chronica 221
Perversitäten, moralische . . . 254
Petit mal 176
Platzfrucht s. Agoraphobie.
Präkordialangst 11
Primordialdelirien 28
Pruritus 81
Psychoneurosen 71
Psychose, Definition 1
Ptyalismus 42, 291
Puerperalmanie 64
Puls 283
Pulskurve 44
Pupille, Erweiterung derselben . 285
„ Verengerung derselben . 285
Pupillendifferenz 291
Pyromanie 254

Querulantenwahnsinn 130

Railway-spine 240
Raptus melancholicus 89
Räume, Ausstattung der 350
Rausch 7
Reflexpsychosen 46, 289
Reizempfänglichkeit 9
„ abnorm gesteigerte 9
„ „ verringerte 10

Salivation s. Ptyalismus.
Sammeltrieb 106
Säuferwahnsinn s Delirium tremens
Satyriasis 35
Schädelmaasse 282
Schlaf 33
Schlaflosigkeit, Behandlung derselben 345
Schlafsucht 73
Schluckpneumonie 346
Schlundsonde 346
Schrift, agraphische 50
„ ataktische 50

Seite

Schrift, paragraphische 50
„ Störung der 49
Schwachsinn, idiotischer 252
Schwäche, reizbare 10
Schwächezustände, sekundäre . . 116
Schwefelkohlenstoff, Vergiftung durch 205
Seelenblindheit 33
Seelentaubheit 33
Sehnenflexe 286
Selbstbewusstsein, Störungen desselben 32
Selbstgefühl, erhöhtes 13
„ niedergedrücktes . . 12
Selbstmordneigung, Behandlung derselben 347
Selbstverstümmelung 45
Sensibilitätsstörungen, paralytische 226
Shok, psychischer 81
Simulation 297
Sinnestäuschungen 16, 24
Sklerose, multiple 61
Sodomie 254
Sopor 33
Sphygmograph 44, 283
Sprache, Störungen derselben . . 48
Sprachfehler 49
Stechapfel, Vergiftung durch . . 205
Stehltrieb s. Kleptomanie.
Stimme, innere 133
Stimmung 9
Stummheit 48
Stupor 32
Suggestion 60
Sulfonal, therapeutisch 345
Syphilisfurcht 87

Temperament 15
Temperatur, subnormale 43
Thränensekretion, mangelnde . 42, 91
Tobsucht 15, 37, 109
„ Behandlung derselben . 348
„ maniakalische 109
„ melancholische . . . 109
„ paralytische 225
„ zornige 109, 183
Tollkirsche, Vergiftung durch . . 205
Transmutationswahn 129
Traum 7
Trunksucht, periodische 160

Seite

Unreinlichkeit, Behandlung derselben 347
Urinabsonderung 42

Vasomotorisches System 3, 43, 60, 179
Vererbung s. Erblichkeit.
Verfolgungswahn 87
Verfügungsfähigkeit 292
Verhütung des Irrewerdens . . . 333
„ „ „ individuelle 335
Verpflegung, familiale 334
Verpflegungsformen, freie . . . 334
Verrücktheit 28, 122
„ katatonische . . . 155
„ originäre 125
„ partielle 136
„ sekundäre 117
Versündigungswahn 86
Verwandlungswahn s. Delirium metabolicum.
Verworrenheit, acute 75
Vesania typica 121
Vogeltypus s. Aztekentypus
Vollbäder, lauwarme 343
„ prolongirte 344
Vorstellungen, Contrast- 39
„ unbewusste . . . 38

Wachtabtheilungen 344
Wahnideen 24, 117, 186, 224
„ hypochondrische . . 87
„ primäre 25
Wahn, nihilistischer 33
Wahnsinn 28, 122
Wasserkopf 249
Wollen, gesteigertes 39
„ verringertes s. Abulie
Wuthanfälle 178

Zähneknirschen 46, 291
Zerstreuung, therapeutisch . . . 350
Zittern 46, 207, 243
Zorn 14
Zurechnungsfähigkeit 292
Zwang, pathologischer 7
Zwangsjacke 348
Zwangsmittel, mechanische . . . 348
Zwangsstuhl 348
Zwangsvorstellungen 29
Zweifelsucht 30

Druck von Oskar Leiner in Leipzig. 27077

Verlag von Eduard Heinrich Mayer in Leipzig.

Die Diätetik des Geistes.

Ein Führer zu praktischer Lebensweisheit.

Von

Dr. **Friedrich Scholz.**

Zweite durchgesehene und vermehrte Auflage. 8°. 228 Seiten.

Elegant geheftet Preis ℳ 3.60, eleg. gebunden ℳ 5.—.

Die Charakterfehler des Kindes.

Eine Erziehungslehre für Haus und Schule.

Von

Dr. **Friedrich Scholz.**

8°. 15 Bogen. Eleg. geheftet Preis ℳ 4.50. Eleg. gebunden ℳ 5.50.

Schlaf und Traum.

Eine populär-wissenschaftliche Darstellung.

Von

Dr. **Friedrich Scholz.**

Gr. 8°. 70 S. Elegant broschirt ℳ 1.60.

Die Behandlung der Bleichsucht

mit Schwitzbädern und Aderlässen

Eine therapeutische Studie.

Von

Dr. **Friedrich Scholz.**

Gr. 8°. 64 S. Elegant broschirt ℳ 1.20.

Handbuch der Irrenheilkunde

für Aerzte und Studierende.

Von

Dr. **Friedrich Scholz.**

Gr. 8°. 184 S. Elegant broschirt ℳ 3.60.

LEIPZIG, OSKAR LEINER. 28279

Buchbinder
München

BSB Bayerische StaatsBibliothek
MDZ Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Scholz, Friedrich,

Lehrbuch der Irrenheilkunde für Ärzte und Studirende: mit fünfundzwanzig Tafeln

Leipzig 1892

Path. 1155 ye
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11873498-8